

اصول نگارش

(مستندسازی پرونده‌های پزشکی)

(چگونه شرح حال، پروگرس‌نوت، خلاصه‌پرونده و... بنویسیم؟)

تالیف : دکتر منوچهر خوش‌باطن
استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر زهرا بخشعلی‌پور کلور
پزشک عمومی
دکتر نیلوفر افشین
پزشک عمومی

اصول نگارش و مستندسازی پرونده‌های پزشکی

(چگونه شرح حال، پروگرس نوت، خلاصه پرونده و ... بنویسیم؟)

(ویژه دانشجویان پزشکی)

تالیف و گردآوری

دکتر منوچهر خوش باطن

فوق تخصص گوارش – استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر زهرا بخشعلی‌پور کلور

پزشک عمومی- فارغ التحصیل دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر نیلوفر افشین

دانشجوی سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

اهمیت مدیکال ریکوردینگ (ثبت پرونده‌های پزشکی)

باسم الله احسن الخالقین- به نام الله که بهترینِ خلق کنندگان است

همانگونه که حرف را نمی‌توان بی‌مقدمه زد، کتاب را هم نباید بی‌مقدمه خواند.

در ابتدا می‌خواهیم مختصراً چند خطی با شما در باب «انسان» سخن بگوییم.

«انسان» این پنج حرفیِ به ظاهر ساده‌ای که پیچیده‌ترین ساختارها و عمیق‌ترین مفاهیم را در دل خود جای داده است، از زمان آفرینش تا کنون موضوع بحث بسیاری از محافل بوده و علوم مختلفی در صدد کشف وی برآمده‌اند.

اکنون که شما نیز در این وادی، وادی شناخت این موجود افسانه‌ای، قدم گذاشته‌اید نیازمند تجهیز به ابزارآلاتی هستید که کتاب پیش‌رو و محتوای آن یکی از هزاران ابزار ضروری برای طی این مسیر می‌باشد. این حقیقت را نه تا پایان این مسیر، که تا پایان عمر آویزه‌ی دل و گوش فرمایید که یادگیری هر علم و هنری نیازمند تحمل رنجی است به نام رنج ناشی گری! اگر بپذیرید که این رنج در ابتدای مسیر را با وجود ناامیدی‌ها و دلسردی‌ها متحمل شوید، قدم بزرگی در مسیر یادگیری آن علم و هنر برداشته‌اید و یادگیری محتوای این کتاب نیز از این قاعده مستثنا نخواهد بود.

اصول نگارش پرونده‌ی پزشکی از ضروری‌ترین مواردی است که یک پزشک باید به‌خوبی با آن آشنایی داشته باشد.

رسیدگی به بیمار یک کار تیمی بوده و معمولاً یک فرد نمی‌تواند به تنهایی تمام امورات پزشکی بیمار را به‌طور کامل انجام دهد. بطور مثال در برخی موارد اخذ مشاوره از سایر متخصصین مورد نیاز می‌باشد یا در شرایطی همراهی بیمار تا انتهای پروسه‌ی درمان برای یک پزشک مقدور نبوده و ممکن است پزشک بیمار تعویض گردد (مانند آنکال نبودن پزشک معالج، درخواست بیمار برای تعویض پزشک و...) لذا لازم است پزشکان اطلاعات دریافتی طی پرسش از بیمار، نتیجه تمام ارزیابی‌ها و معاینات خود، داروهای تجویزی به بیمار، نحوه‌ی

رسیدگی به بیمار، سیر روزانه ی پیشرفت یا بهبود بیماری و نتیجه‌ی اقدامات انجام شده را به زبان علمی و در قالب‌های تعیین شده به‌صورت مکتوب درآوردند تا سایر همکاران بتوانند در جریان امورات بیمار قرار گرفته و رسیدگی به بیمار به طور مطلوب انجام گردد.

همچنین در مواردی که بیمار شکایتی از روند درمان و رسیدگی پزشک داشته و یا ادعایی مبنی بر قصور پزشکی نماید، این پرونده‌ها و مطالب ثبت شده در آنها در مراجع قضایی ملاک رسیدگی و ارزیابی به شکایات بوده و در صورت اهمال کاری در ثبت دقیق و به موقع آنها، کادر درمان مسئولیت پاسخگویی درخصوص این مسائل را عهده‌دار خواهند بود.

لذا باتوجه به موارد ذکر شده در بالا، آشنایی دانشجویان پزشکی با اصول دقیق و علمی فرآیند نگارش و ثبت پرونده‌های پزشکی بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

تاکنون کتب متعددی در زمینه‌ی روش‌های اخذ شرح حال چاپ شده است که مشهورترین آنها در بین دانشجویان پزشکی کتاب «معاینات بالینی و روش اخذ شرح حال باربارا بیتز» می‌باشد. همچنین در برخی مراکز آموزشی آموزش‌هایی بصورت پراکنده در این رابطه به دانشجویان پزشکی عرضه می‌گردد اما در مقام عمل، یادگیری و آشنایی اغلب دانشجویان با این مطالب در اواخر دوران تحصیل و پس از گذراندن بخش‌ها اتفاق افتاده و در نتیجه‌ی خودآموزی ایشان یا آموختن سینه به سینه از دانشجویان سال بالایی می‌باشد.

لذا باتوجه به لزوم یادگیری اصولی و علمی این مطالب، در این کتاب بر آن شدیم تا به‌صورت بومی‌سازی شده و متناسب با شرایط بیمارستان‌های کشور عزیزمان هر آنچه که یک دانشجوی پزشکی باید در رابطه با نگارش و مستندسازی پرونده پزشکی و قسمت‌های مختلف آن بداند، تا حد امکان به‌صورت کاربردی و جامع، بیان نماییم تا بتواند منبع قابل اعتماد و کاملی جهت استفاده دانشجویان باشد.

در این کتاب بر آنیم قدم به قدم با شما همراه شویم تا با نحوه‌ی نوشتن یک شرح حال خوب و استاندارد آشنا شده و علاوه بر هموارسازی مسیر رسیدن به تشخیص بیماری‌ها، احساس پزشک بودن و طبابت را نیز در خود اعتلا ببخشیم. پس از همراهی گام به گام در آموختن مطالب این کتاب همراه با تمرین و تکرار کافی، شما توانمندی قابل قبولی در شرح حال‌گیری بدست خواهید آورد که به سبب آن، اخذ شرح حال برای شما به فعالیتی لذت بخش بدل خواهد شد و نه کابوسی که مدام در حال فرار از آن باشید! با مطالعه سایر

قسمت‌های کتاب نیز با نحوه‌ی نگارش صحیح تمام قسمت‌هایی از یک پرونده پزشکی که در دوران تحصیل بر عهده‌ی دانشجویان پزشکی می‌باشد، آشنا خواهید شد.

در پایان نقل می‌کنیم سخنی از شهید سید مرتضی آوینی که هر انسان آزاداندیشی که در جبهه‌ی علوم پزشکی علیه جهل و رنج و بیماری می‌تازد، باید این سخن را در سینه نگه داشته و در ذهن مرور کند که:

"آرمان‌خواهی انسان مستلزم صبر بر رنج‌هاست. پس برای جان‌بازی در راه آرمان‌ها یاد بگیر که در این سیاره‌ی رنج، صبورترینِ انسان‌ها باشی."

فهرست مطالب

شرح حال

اولین و اصلی ترین قدم در مواجهه با بیمار در بخش‌های بالینی، اخذ شرح حال و ثبت آن در برگه‌ی مخصوص آن می‌باشد.

اجزای یک شرح حال کامل شامل موارد زیر می‌باشد:

- *Identification* : مشخصات بیمار
- *Source of history* : منبع شرح حال
- *Chief complaint* : شکایت اصلی
- *Present illness* : بیماری حاضر (فعلی)
- *Past medical history* : شرح حال طبی گذشته
- *Review of systems* : مرور سیستم‌ها
- *General appearance* : ارزیابی ظاهر کلی بیمار
- *Physical examination* : معاینه فیزیکی
- *Problem list* : لیست مشکلات
- *Assessment* : ارزیابی
- تشخیص اولیه
- *DDx* : تشخیص‌های افتراقی

در ادامه بطور مفصل به توضیح هر یک از اجزای شرح حال خواهیم پرداخت.

- **نکته:** پیش از نوشتن شرح حال، ابتدا سربرگ آن را تکمیل نمایید.

سربرگ شامل نام و نام‌خانوادگی، تاریخ تولد، تاریخ پذیرش، نام پزشک، شماره تخت، نام بخش، می‌باشد. یا می‌توانید یک عدد از *label*های موجود در پرونده‌ی بیمار که شامل مشخصات او می‌باشد را در سربرگ بچسبانید.

Identification (مشخصات بیمار)

شرح حال با *Identification* که به اختصار *ID* نامیده می‌شود، آغاز می‌گردد. در این قسمت در واقع می‌خواهید با بیمار آشنا شوید؛ اما کمی بیشتر از اسم و فامیل او. این قسمت باب گفت‌وگوی شما را با بیمار باز کرده و نیز در پروسه‌ی تشخیص و حتی درمان بیماری می‌تواند حائز اهمیت باشد.

بطور متداول قسمت *ID* شامل موارد زیر می‌باشد:

- سن بیمار
- جنسیت بیمار
- اهل و ساکن کدام شهر یا روستا
- وضعیت تأهل
- تعداد فرزندان
- شغل (قبلی/ فعلی)
- میزان تحصیلات
- چندمین بستری بیمارستانی و چندمین بستری در این مرکز

برای پاسخ به این پرسش احتمالی که چه لزومی به دانستن سن و جنسیت بیمار، وضعیت تأهل و تعداد فرزندانش وجود دارد یا چه نیازی است که بدانیم اهل و ساکن کدام شهر یا روستاست یا میزان تحصیلات و شغلش چیست، به توضیح مختصر در مورد اهمیت هر یک از موارد فوق می‌پردازیم.

➢ در رابطه با سن بیمار

شیوع بعضی بیماری‌ها در برخی از گروه‌های سنی بیشتر است یا برخی بیماری‌ها در طیف سنی خاصی بروز می‌یابند. **پس توجه به سن بیمار ممکن است طیف تشخیص‌های افتراقی ما را محدودتر کند.** مثلاً پیک سنی پانکراتیت اتوایمیون در دهه ششم و هفتم زندگی می‌باشد. اهمیت دیگر دانستن سن بیمار، در انتخاب نوع اقدامات تشخیصی یا درمانی است چون سن بیمار می‌تواند در تعیین نوع رویکرد ما اثرگذار باشد. مثل اپروچ به شکستگی گردن فمور که در زیر ۶۵ سال و بالای ۶۵ سال با یکدیگر متفاوت است

و یا اینکه در برخی مراکز برای بیماران بالای ۴۰ سال معمولاً درخواست CXR یا ECG قبل از جراحی الزامی است.

➢ در رابطه با جنسیت بیمار

فراوانی برخی بیماری‌ها در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث می‌باشد و بالعکس. مثل شیوع پانکراتیت اتوایمیون که در مردان ۲ برابر زنان می‌باشد.

➢ در رابطه با محل تولد و سکونت بیمار

با دانستن محل تولد و سکونت بیمار می‌توان به نژاد بیمار که در اپیدمیولوژی بیماری‌ها دخیل است، پی‌برد. مثل کنسر کیسه صفرا در زمینه‌ی سنگ‌های صفراوی که احتمال بروز آن در بومیان آمریکایی بیشتر از سایر نژادهاست.

برخی بیماری‌ها مانند لشمانیوز، مالاریا و... در برخی از شهرها و مناطق با توجه به اپیدمیولوژی منطقه شایع‌تر هستند و اطلاع از محل سکونت بیمار می‌تواند در ایجاد ظن تشخیصی صحیح برای پزشک کمک کننده باشد.

همچنین احتمال بروز برخی بیماری‌ها در برخی مناطق به علل مختلف زیست محیطی بیشتر است. مثل سنگ‌های صفراوی کلسترولی که در کشورهای غربی و سنگ‌های صفراوی پیگمانته که در کشورهای آسیایی شیوع بیشتری دارند.

همچنین اطلاع از محل تولد یا سکونت بیمار می‌تواند اطلاعاتی در رابطه با فرهنگ، زبان یا مکان‌های گردشگری آن محل را یادآوری کرده و به ایجاد اعتماد و صمیمیت نسبی میان پزشک و بیمار کمک کند و این روابط انسانی در چهارچوب تعریف شده و مشخص، در روند تشخیص و درمان بیمار حائز اهمیت بوده و دارای تأثیر مثبت می‌باشد. مثلاً اگر بیمار کُرد است، چند کلمه کُردی صحبت کردن با وی در جلب همکاری بیمار برای ادامه فرایند اخذ شرح حال می‌تواند کمک‌کننده باشد یا اگر اهل استان اردبیل است، صحبت در مورد کوه سبلان و طبیعت منطقه می‌تواند موجبات ارتباط مثبتی را میان پزشک و بیمار فراهم آورد.

➢ در رابطه با وضعیت تأهل بیمار

در زنان متأهل باید احتمال حاملگی را در تشخیص‌های افتراقی و هم‌چنین در انتخاب روش‌های تشخیصی و درمانی مدنظر قرار داد. همچنین مسایل اضطرابی نیز باید در افراد

متأهل مورد توجه باشد. هنگام نیاز به اخذ رضایت جهت انجام پروسیجرها در زنان، اطلاع از وضعیت تأهل بیمار ضروری می‌باشد. مسائل سایکوسوماتیک و نیاز بیمار به جلب توجه نیز جزو مسایلی هستند که می‌توان در افراد متأهل مدنظر قرار داد.

➢ در رابطه با شغل بیمار

شغل هر فرد تأثیر زیادی در وضعیت سلامتی وی دارد. مثلاً فردی را تصور کنید که شغل او کارگری در ساختمان است و با شکایت تورم کشاله‌ی ران به شما مراجعه کرده است؛ باتوجه به شغل فرد، اولین تشخیصی که به ذهن متبادر می‌شود، هرنی ناحیه‌ی اینگوئینال می‌باشد. یا مثلاً کارگری که در حال حاضر بیکار است اما چند ماه پیش در یک معدن یا کارخانه مشغول کار بوده است و اکنون با شکایت ریوی مراجعه کرده، مسائل مربوط به تماس شغلی با مواد شیمیایی مانند سیلیس را باید مدنظر داشت. پس در پرسش از شغل بیمار، بهتر است به نوشتن شغل آزاد اکتفا نکنید و تا حد امکان، شغل او را دقیق‌تر بپرسید و اگر پیش از شغل فعلی، به شغل دیگری مشغول بوده است، آن را نیز مورد پرسش قرار دهید.

➢ در رابطه با تحصیلات بیمار

با دانستن سطح سواد و تحصیلات بیمار، می‌توانید تا حدودی در مورد میزان قابل اعتماد بودن شرح حال قضاوت کنید. همچنین بسته به سطح تحصیلات بیمار می‌توانید تصمیم بگیرید که با چه واژه‌هایی در مورد وضعیت سلامتی و بیماری با او صحبت کنید. طبیعتاً هرچه سطح تحصیلات فرد پایین‌تر باشد، باید از لغات و اصطلاحات عامیانه‌تری استفاده شود. دانستن سطح سواد بیمار در ارائه‌ی آموزش‌ها و نوع مراقبت‌های بعد از ترخیص نیز تعیین‌کننده می‌باشد. جهت آموزش به بیمار می‌توانید از محتوای بخش *Information For Patients* که در برنامه‌ی *Uptodate* و در پایان هر مطلب گنجانده شده است، استفاده نمایید.

➢ در رابطه با چندمین بستری بیمارستانی

در صورت لزوم می‌توانید با درخواست از قسمت بایگانی بیمارستان مربوطه، به اطلاعات مربوط به بستری‌های قبلی بیمار دسترسی پیدا کنید که غالباً در مسیر رسیدن به تشخیص در بیماران پیچیده (*complicated*) کمک‌کننده خواهد بود.

مثلاً کودکی که بستری‌های متعدد بیمارستانی به علت عفونت‌های مکرر دارد ممکن

است مبتلا به نوعی بیماری نقص ایمنی بوده و نیازمند انجام بررسی‌های تشخیصی در این زمینه باشد.

علاوه بر موارد بالا، نکات اختصاصی دیگری بسته به سن بیمار و بخش بستری، در قسمت *Identification* ذکر می‌گردند که در قسمت مربوطه (شرح حال اختصاصی) به شرح آنها خواهیم پرداخت.

نکته‌ی دیگری که بهتر است به آن توجه داشته باشید این است که ترجیحاً سؤالات این قسمت را در حین مصاحبه از بیمار بپرسید و نه در ابتدای آن! زیرا اغلب بیماران انتظار دارند هنگامی که پزشک برای اولین بار بر بالین آنها حاضر می‌شود، درباره‌ی علت مراجعه و مشکلات‌شان سؤال کرده و به آنها رسیدگی کند و پاسخ به سؤالات این قسمت را ممکن است بیهوده و اتلاف وقت تلقی کنند!

(منبع شرح حال) Source of History

منبع شرح حال یا *Source of History* که به اختصار *SOH* نامیده می‌شود.

در این قسمت باید ذکر شود که منبع شرح حال کیست و در واقع چه کسی (کسانی) اطلاعات و محتوای شرح حال را ارائه کرده و به سؤالات ما پاسخ داده‌اند. همچنین بعد از ذکر منبع شرح حال، باید به نکات زیر توجه کرده و آنها را نیز در این قسمت یادداشت نمایید:

- آیا منبع شرح حال قابل اعتماد هست؟
- آیا با پزشک همکاری دارد؟
- آیا اطلاعات کافی دارد؟

طبیعتاً موارد فوق بر اساس قضاوت شرح حال گیرنده بوده و قضاوت او می‌تواند همراه با خطا باشد. اما نکته‌ی حائز اهمیت این است که مهارت فرد شرح حال گیرنده در افزایش اعتماد بیمار و در نتیجه ارائه‌ی اطلاعات صحیح، لازم و کافی به پزشک، بسیار مؤثر می‌باشد. مثلاً ممکن است مریضی نوشیدن الکل را از یک پزشک مخفی کند اما پزشک دیگری با مهارت‌های ارتباطی مؤثر بتواند این مسئله را اصطلاحاً از زیرزبان مریض بیرون بکشد. همچنین حافظه و وضعیت روحی بیمار نیز در هنگام شرح حال‌گیری مهم است. پس سعی کنید تا حد امکان در مواقعی که بیمار آرام‌تر و با حوصله‌تر است، اقدام به اخذ شرح حال نمایید.

مثال از منبع شرح حال:

✓ خود بیمار با قابلیت اعتماد زیاد و همکاری خوب

✓ خواهر بیمار با قابلیت اعتماد خوب و همکاری خوب و اطلاعات کافی

نکته: اگر منبع شرح حالی که نوشته‌اید دو نفر هستند (مثلاً خودبیمار و خواهرش) و هرکدام اطلاعات متفاوت و گاهاً متناقصی به شما می‌دهند، می‌توانید در این قسمت ذکر کنید که منبع شرح حال خود بیمار و خواهرش هستند و سه ویژگی مذکور (قابلیت اعتماد، میزان همکاری و اطلاعات) را برای هر یک از افراد شرح حال دهنده مشخص نمایید.

نکته: گاهی ممکن است منبع شرح حال، خلاصه پرونده‌ی قبلی بیمار یا مدارک پزشکی

وی و یا برگ اعزام از سایر مراکز باشد و خود بیمار و یا اطرافیانش به شما شرح حـالی نـداده باشند. این حالت معمولاً در بیمارانی که افت سطح هوشیاری داشته و قادر به دادن شرح حال نیستند یا بیمارانی که فردی همراهشان نیست، اتفاق می‌افتد.

(شکایت اصلی بیمار) Chief Complaint (CC)

شکایت اصلی یعنی آن شکایتی که بیمار را نگران و ملزم به مراجعه نزد پزشک کرده است. شما بعنوان شرح حال گیرنده باید با پرسش دقیق و دقت در صحبت‌های بیمار به شکایت اصلی پی‌ببرید. به‌طور خلاصه *CC* یا شکایت اصلی، اصلی‌ترین علت مراجعه‌ی فرد به پزشک و مرکز درمانی است و با تعیین آن، قدم مهمی به سمت تشخیص بیماری برداشته می‌شود.

از گفته‌های بالا این نکته مهم را درمی‌یابید که **CC یا شکایت اصلی، تنها یک شکایت است؛ نه بیشتر و نه کمتر.** برای مثال بیماری به شما مراجعه کرده و از تهوع، درد شکم، گزگز گه‌گاهی اندام‌های تحتانی و درد کمر شاکی است. آیا تمام این شکایت‌ها علت مراجعه‌ی امروز او به شما هستند؟ مسلماً خیر. یکی از این شکایت‌ها او را مجاب کرده که امروز به شما مراجعه کند. با پرسش‌های دقیق و دقت در صحبت‌های او خواهید فهمید که برای مثال بیمار به علت درد شکمی که امروز تشدید پیدا کرده و غیرقابل تحمل شده به شما مراجعه کرده؛ پس همان می‌شود *CC*. در بیمار دیگر ممکن است تهوع شدید باعث مراجعه‌ی او به شما شده باشد پس تهوع می‌شود *CC*. شاید بپرسید پس سایر علائم چه می‌شوند؟ عجله نکنید! در ادامه‌ی شرح حال، مفصلاً به سایر علائم پرداخته و آنها را نیز ثبت خواهید کرد.

توجه کنید که *CC* باید از زبان مریض و با واژه‌های او نوشته شود و حق ندارید در این مرحله شکایت بیمار را به علت بار تشخیصی آن، به زبان علمی تغییر دهید؛ زیرا این کار می‌تواند باعث *bias* و سوگیری در مراحل بعدی تشخیص شود. مثلاً اگر بیمار هنگام پرسش از علت مراجعه اظهار می‌کند که ادرارش قرمز شده است، *CC* می‌شود: «رنگ قرمز ادرار» و نه «هماچوری»! چراکه هماچوری به معنای وجود خون در ادرار است و می‌دانید که هر ادرار قرمز رنگی هماچوری نیست.

گاهی بیماران شکایت واضحی ندارند و جهت ادامه‌ی درمان یا انجام پروسیجر خاصی بستری شده‌اند. در این صورت باید علت مراجعه یا بستری آنها به‌عنوان *CC* ذکر شود. مثلاً مراجعه جهت دریافت نوبت سوم شیمی درمانی یا...

(بیماری فعلی) Present Illness

(داستان بیمار به زبان خودش)

مهم‌ترین و کلیدی‌ترین قسمت شرح حال PI می‌باشد و نقش پررنگی را در رسیدن به تشخیص صحیح ایفا می‌کند.

اطلاعات معمولاً به‌صورت پراکنده و گاه بدون ارتباط معناداری با یکدیگر توسط بیمار ارائه می‌شود و پزشک باید آنها را طبقه‌بندی کرده و هر یک را در قسمت مربوطه ثبت نماید. قسمت PI حول محور شکایت اصلی نوشته می‌شود و باید از نگارش مواردی که ارتباطی به شکایت اصلی ندارند، اجتناب نمود. PI در واقع توصیف شکایت اصلی (CC) بوده و داستان چگونگی بروز آن را از ابتدا روایت می‌کند. این موارد در سایر قسمت‌های شرح حال نوشته می‌شوند که در ادامه به توضیح آنها خواهیم پرداخت.

در شروع PI بهتر است ذکر شود که بیمار تا چه مدت قبل سلامت نسبی یا کامل داشته است. در واقع این جمله خواننده را از وضعیت پایه‌ی بیمار تا قبل از بیماری فعلی آگاه می‌کند.

یکی از نکات بسیار مهم در نوشتن PI رعایت ترتیب زمانی وقوع علائم و نشانه‌ها می‌باشد. سیر زمانی باید از گذشته و از زمان شروع علائم، تا اکنون و لحظه اخذ شرح حال باشد. در PI به جای نوشتن تاریخ، فاصله‌ی زمانی یک واقعه (علامت یا نشانه) تا حال حاضر ذکر می‌شود؛ به‌عنوان مثال به جای اینکه نوشته شود: «بیمار از سال... به دیابت مبتلا شده است» باید بنویسید: «بیمار از... سال قبل به دیابت مبتلا بوده است.»

در رابطه با اهمیت ترتیب زمانی به مثال زیر توجه کنید:

«بیماری با شکایت درد شکم و استفراغ مراجعه کرده است» در ابتدا اولین نکته‌ی مهمی که باید به آن توجه کنید (که قبل‌تر نیز متذکر شدیم) این است که فقط یکی از این دو علامت (درد شکم و استفراغ) شکایت اصلی (CC) بیمار است که پزشک باید طی پروسه شرح حال‌گیری تعیین کند که کدام‌یک از این دو شکایت اصلی می‌باشد. نکته‌ی مهم دیگر اینکه سیر زمانی وقوع علائم و نشانه‌ها برای رسیدن به تشخیص بسیار کمک‌کننده است. در

مثال بالا ممکن است تشخیص آپاندیسیت را برای بیمار مطرح نمایید. اما اگر بیمار ذکر کند که اول دچار استفراغ شده و سپس درد شکم ایجاد شده است، این مورد می‌تواند تشخیص آپاندیسیت را زیر سؤال برده و احتمال انسداد روده را بیشتر مطرح کند. اما اگر ابتدا درد شکم ایجاد شده و پس از آن بیمار استفراغ کرده باشد، می‌تواند به نفع آپاندیسیت باشد.

توصیف دقیق ویژگی‌ها و جنبه‌های مختلف شکایات بیمار اعم از شکایت اصلی و سایر یافته‌های مثبت شرح حال از مهم‌ترین و کلیدی‌ترین نکاتی است که باید در این قسمت ذکر گردد.

توجه کنید که در برخی بیماری‌ها با در نظر داشتن تشخیص‌های احتمالی، باید علائم منفی نیز مورد پرسش قرار گیرند.

✓ در بیماری که از «درد» شکایت دارد، باید هفت ویژگی درد به‌طور کامل توصیف شوند:

۱) محل درد

۲) انتشار درد

۳) ماهیت درد (مبهم، خنجری، فشارنده، ضرباندار و...)

۴) زمان شروع درد (و طول مدت درد و فواصل بین دوره‌های درد)

۵) شدت درد (یکی از روش‌های ثبت شدت درد، نمره دادن از صفر تا ۱۰ می‌باشد. بدین صورت که به بیمار گفته می‌شود اگر به شدیدترین دردی که در عمر خود تجربه کرده‌ای نمره‌ی ۱۰ بدهی، به درد فعلی خود چه نمره‌ای می‌دهی؟)

۶) عوامل تخفیف‌دهنده و عوامل تشدیدکننده (مثل غذا خوردن، فعالیت، تغییر وضعیت از ایستاده به نشسته و...)

۷) علائم همراه (تهوع، استفراغ، سردرد، سرگیجه و...)

مثال: بیمار تا امروز از سلامت کامل برخوردار بوده که از حدود ۳ ساعت قبل دچار درد مداوم در ناحیه‌ی سردل با ماهیت خنجری شده که به پشت و ناحیه‌ی بین دو کتف انتشار داشته و شدت آن را هفت از ده ارزیابی می‌کند و با خم شدن به جلو کمی بهتر شده و با دراز کشیدن و خوردن غذا بدتر می‌شود و با تهوع همراهی دارد در حالی‌که با استفراغ همراهی ندارد.

✓ بیماری که از استفراغ شکایت دارد باید حجم، رنگ، دفعات استفراغ، محتویات، ارتباط آن با خوردن غذا و وجود یا عدم وجود خون یا لخته‌های خون درون آن و.... به‌طور کامل شرح داده شود.

مثال: بیمار از حدود یک هفته قبل به‌صورت گه‌گاهی حدود نیم‌ساعت بعد از خوردن غذا دچار استفراغ‌های غیرخونی و زردرنگ و با حجم حدود یک لیوان و محتوی مواد غذایی هضم شده می‌شود. طی دو روز اخیر تعداد دفعات استفراغ به حدود ۷-۸ نوبت در روز افزایش یافته و با فاصله‌ی کمتری از غذا خوردن ایجاد می‌شود و رنگ آن گه‌گاهی سبز همراه با رگه‌های خون می‌باشد. استفراغ‌های بیمار طی این مدت با سردرد و تاری دید همراهی نداشته است.

برای زیبایی و رسایی متن نگاشته شده باید جملات را بصورت داستان‌وار و با رعایت ترتیب زمانی نوشته و از واژه‌های «همچنین» و «نیز» استفاده نشود.

لازمه‌ی نوشتن یک *PI* خوب، داشتن سواد کافی و تسلط نسبی بر مطالب است. در این صورت است که می‌توانید با توجه به شکایت اصلی بیمار، تشخیص‌های احتمالی را مدنظر داشته و با پرسش‌های هدفمند و استخراج اطلاعات مفید، *PI* دقیق‌تری را بنویسید.

مثال: بیماری با شکایت درد شکم مراجعه نموده است. پزشک باید علاوه بر پرسیدن هفت ویژگی درد شکم، در رابطه با کاهش وزن، استفراغ یا مدفوع خونی، توانایی دفع گاز و مدفوع و... نیز از بیمار سؤال کند تا تمام تشخیص‌های احتمالی پوشش داده شوند و بدین ترتیب خواننده *PI* به مشکلات مریض از تمام زوایای محتمل پی‌برده و نیاز به پرسیدن سؤال دیگری برای رسیدن به تشخیص نداشته باشد. به زبان ساده *PI* خوب، *PI* ای است که پس از خواندن آن، سؤال بی‌جوابی در ذهن خواننده در خصوص شرح حال نمانده باشد.

دانشجویان مقاطع پایین‌تر بالینی برای اخذ یک *PI* کامل، در شرایطی که هنوز از نظر علمی آشنایی کامل با تمام مباحث و بیماری‌ها نداشته و نمی‌دانند که در اپروچ به هر بیماری باید چه تشخیص‌هایی را مدنظر قرار داده و چه سؤالاتی از بیمار بپرسند، می‌توانند جهت تمرین، خود را در جایگاه استادی که قرار است شرح حال وی را خوانده و ارزیابی نماید، قرار داده و در رابطه با هر شکایت بیمار فکر کنند که چطور می‌توان آن را بهتر و کامل‌تر توصیف

کرد.

برای اینکه مطلب برایتان روشن شود بیایید به‌عنوان نمونه شکایت «سرفه» را با هم مرور کنیم. فرض کنید که ما اپروچ به سرفه را بلد نیستیم و لیست تشخیص افتراقی‌های آن را نمی‌دانیم. و مواردی که در برخورد با یک بیمار که دچار سرفه است باید مورد توجه قرار گیرند را نیز نمی‌دانیم. حال هر سؤالی که در مورد خصوصیات سرفه به ذهنتان می‌رسد لیست کنید:

از چه زمانی سرفه می‌کنید؟ سرفه شما خشک است یا با خلط همراه است؟ آیا رگه‌های خون همراه سرفه دفع می‌کنید؟ سرفه شما چه مواقعی از شبانه روز بیشتر می‌شود؟ چه اقداماتی موجب می‌شود سرفه‌های شما کمتر یا بیشتر شود؟ آیا از اطرافیان شما نیز کسی سرفه می‌کند؟ آیا علاوه بر سرفه آبریزش بینی، درد قفسه سینه، احساس تنگی نفس و... دارید؟ (اگر هر کدام از این موارد را داشت، آن را بیشتر شرح دهید) آیا بیماری زمینه‌ای از جمله فشار خون یا بیماری قلبی و ریوی و... دارید؟ و...

با این روش می‌توانید شرح حال بسیار کاملی اخذ نمایید و حتی خیلی بهتر با بیمار ارتباط برقرار نمایید. بسیاری از دانشجویان در ماه‌های اولیه حضور در بالین توانایی ارتباط با بیمار را نداشته و نمی‌توانند بیشتر از چند دقیقه با بیمار صحبت کنند. به مرور زمان و با گذراندن بخش‌های بالینی و کسب دانش نظری و پرسی سؤالات هدفمند از بیمار می‌توانید شرح حال کاملی را با در نظر گرفتن تشخیص‌های احتمالی بنویسید که هدف غایی یک *PI* خوب نیز همین است.

History (تاریخچه)

لابد شنیده‌اید که می‌گویند گذشته‌ی انسان‌ها را ملاک سنجش قرار ندهید و «میزان، حال فعلی افراد است.» اما یادتان باشد که در پزشکی، میزان را حال گذشته و فعلی افراد در نظر می‌گیریم. حال اینکه گفتیم یعنی چه؟ یعنی شما برای داشتن دید کامل و جامع نسبت به بیمار و پیشرفت در پروسه‌ی تشخیص و درمان وی باید علاوه بر وصف حال فعلی بیمار که در *PI* به آن اشاره شد، اطلاعات لازم و کافی از گذشته و سوابق سلامتی او نیز داشته باشید.

همانطور که پیش از این آموختید هر آنچه که در ارتباط با *CC* می‌باشد در قسمت *PI* نوشته می‌شود و هر آنچه از سوابق بیمار که غیرمرتبط با *CC* باشد در تاریخچه نوشته می‌شود.

گاهی مصرف یک دارو یا ابتلا به یک بیماری در گذشته و یا عادت غذایی خاص و مواردی از این قبیل که جلوتر مفصل توضیح خواهیم داد، می‌توانند توجیه‌کننده‌ی علائم و نشانه‌های فعلی بیمار باشند؛ لذا توجه ویژه به قسمت تاریخچه نیز مانند سایر قسمت‌های شرح حال حائز اهمیت است.

برای نوشتن قسمت تاریخچه از ترتیبی که در ذیل آمده، استفاده می‌شود:

➢ ***(سابقه‌ی بیماری‌های قبلی) Past Medical History (PMH)***

بیماری‌هایی که بیمار در گذشته به آنها مبتلا بوده و یا در حال حاضر مبتلا است، دراین قسمت ذکر می‌گردد.

برای تکمیل این قسمت صرف پرسیدن این سؤال که «درگذشته به کدام بیماری مبتلا بوده‌اید؟ یا در حال حاضر به کدام بیماری مبتلا هستید؟» کافی نمی‌باشد. زیرا از نظر برخی بیماران ارائه‌ی این اطلاعات کاری بیهوده و اضافی است و یا ارتباطی با شرایط و بیماری فعلی آنها ندارد. سؤال دیگری که به‌صورت شایع دراین قسمت از بیمار پرسیده می‌شود این است که: «آیا به بیماری خاصی مبتلا می‌باشید؟» که غالبا جواب بیمار منفی است؛ زیرا از نظر برخی بیماران بیماری‌هایی مانند دیابت، فشارخون، کم کاری تیروئید، آرتروز و خیلی از

بیماری‌های دیگر بدلیل شایع بودن در اطرافیان یـا همسـالان، بیمـاری خاصـی محسـوب نمی‌شوند!

بنابراین برای حل این مشکلات باید سوابق بیماری‌هایی که می‌تواند به شکایات فعلی بیمار مرتبط باشد را هدفمند بپرسید که این امر نیازمند داشـتن سـواد و اطلاعـات کـافی و اشراف به تمام جنبه‌های شکایات بیمـار می‌باشـد؛ لـذا دانشـجویی کـه در مراحـل اولیـه‌ی یادگیری اخذ شرح حال است مسلماً تسلط کافی به این موارد را نخواهد شد. لذا بهتر اسـت در اوایل تمرین شرح حال‌گیری، تمام موارد ذیل را سؤال نمایید تا چیزی از قلم نیفتد و بـه مرور پس از تسلط و تمرین کافی، سؤالات تاریخچه‌ای که بیشتر با شـکایت کنـونی بیمـار ارتباط دارند را مورد پرسش قرار دهید.

- ✓ وضعیت ابتلا به بیماری‌های دوران کودکی مانند آبله مرغـان، سـرخک، سـرخجه، اوریون، مخملک، فلج اطفال، سیاه سرفه و ...در این قسمت ذکر می‌گردند.
- ✓ در رابطه با وضعیت واکسیناسیون بهتر است سـؤال شـود؛ زیـرا دانسـتن وضـعیت واکسیناسیون گاهاً در اقدامات و تصمیم‌گیری‌های درمانی و تشخیصی حائز اهمیت است: مثلاً در بیماری که با زخم آلوده مراجعه می‌کند یا بیماری که سقط عفـونی داشته است، اطلاع از زمان دریافت آخرین یادآور کزاز حائز اهمیت می‌باشد.
- ✓ برخی واکسن‌ها در برخی افراد و گروه‌های سنی منجر به عوارضی مثل گیلن بـاره یا مننژیت آسپتیک و. ..می‌گردند که در اپروچ تشخیصی و درمـانی، دانسـتن ایـن سابقه حائز اهمیت می‌باشد.
- ✓ یا سفر به کشوری که اندم یک مننگوکوک می‌باشد در بیماری کـه پـیش از سـفر واکسن نزده است و اکنون با علائم تب و سردرد مراجعه نموده است، ظن مـا بـه مننژیت مننگوکوکی را بعنوان علت علائم تقویت می‌کند.
- ✓ یا کودکی که واکسن سرخک و یا سیاه سرفه را دریافت نکرده است، در صورت بروز علائم تنفسی یکی از شک‌های تشخیصی ما این بیماری‌ها خواهند بود.
- ✓ وضعیت ابتلای قبلی یا فعلی به بیماری‌های شایع داخلی مثل دیابت، فشـار خـون بالا، آسم و بیماری‌های ریوی، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های کلیوی و بیماری‌های مربوط به تیروئید و... جداگانه مورد پرسش قرار گرفته و در صورت ابتلا، بهتر است

زمان تشخیص بیماری به‌صورت دقیق ذکر گردد.

- ✓ سابقه‌ی بستری‌های بیمارستانی بیمار و علت و مدت زمان آنها نیز در این قسمت یادداشت می‌شود.
- ✓ آزمایشات غربالگری شامل نوع آزمایشات و تاریخ آخرین نوبت انجام، همراه با نتایج آنها را در این قسمت می‌توانید ذکر کنید مثل آزمایشات *PPD*، پاپ اسمیر، ماموگرافی، تست خون مخفی مدفوع و...
- ✓

➢ *(سابقه‌ی جراحی) Past surgical History (PSH)*

در این قسمت سوابق جراحی‌های بیمار همراه با ذکر علت عمل جراحی و تاریخ انجام آن نوشته می‌شود. جهت افزایش دقت در نگارش این قسمت، بهتر است از مدارک و خلاصه پرونده‌های بیمار کمک بگیرید.

این قسمت از تاریخچه، خصوصاً در شرح حال بخش‌های جراحی حائز اهمیت می‌باشد؛ زیرا پزشک با اطلاع از کمّ و کیف جراحی(های) گذشته‌ی بیمار، می‌تواند تصمیم بهتری در رابطه با تشخیص و درمان وضعیت کنونی او اخذ نماید.

➢ *(سابقه‌ی خانوادگی) Family History (FH)*

با توجه به دخالت وراثت و ژنتیک در بروز بسیاری از بیماری‌ها، لازم است که در رابطه با سوابق خانوادگی بیماری‌ها از بیمار سؤال کنید.

برای نوشتن این قسمت، از مثبت یا منفی بودن سابقه‌ی خانوادگی بیماری‌های مهم زیر در افراد درجه اول و درجه دوم بیمار سؤال کنید:

فشار خون بالا، دیابت، چربی خون بالا، بیماری‌های تیروئید، سکته‌ی مغزی، بیماری‌های قلبی، تشنج، آسم، بیماری‌های ریوی، بیماری‌های روانی، خودکشی، سابقه‌ی سرطان‌های پستان، تخمدان، کولون، پروستات، ریه، معده و...

- ✓ توجه شود که در این قسمت فقط اطلاعات مرتبط با خویشاوندان نَسَبی ذکر گردد (پدر، مادر، فرزندان، خواهر و برادر، پدربزرگ و مادربزرگ و عمه و خاله و دایی و عمو)

✓ ذکر سوابق بیماری‌های مربوط به خویشاوندان سببی مانند همسر، جزو سوابق خانوادگی محسوب نمی‌شود.

سوابق خانوادگی برخی بیماری‌ها بدلیل کمتر شایع بودن نسبت به موارد ذکر شده در بالا، به‌صورت عمومی از همه‌ی بیماران پرسیده نمی‌شود. اما اگرآن بیماری‌ها باتوجه به شرایط بالینی بیمار در تشخیص‌های افتراقی مطرح بودند، آن وقت از سابقه‌ی خانوادگی آنها نیز سؤال نمایید. مثلاً در بیماری که روی پوست وی لکه‌های کافه اولیت مشاهده می‌کنید باید از سابقه‌ی بیماری نوروفیبروماتوز و ضایعات مشابه در بستگانش سؤال کنید. یا در *FH* شرح حال پسربچه‌ای که با شکایت بی‌حالی بعد از خوردن باقلا مراجعه کرده و هماچوری دارد، سابقه‌ی فاویسم را در دایی و پدربزرگ مادری وی باید سؤال کنید.

شاید مانند قسمت قبل، پرسیدن تک‌تک این موارد برای شما و بیمار خسته‌کننده باشد اما بدلیل کم تجربگی در دفعات اول شرح حال‌گیری و برای جلوگیری از فراموشی پرسش از سابقه‌ی خانوادگی بیماری‌های مرتبط با شکایت اصلی بیمار، بهتر است همه‌ی موارد پرسیده شوند. قطعاً با گذشت زمان و کسب دانش و تبحر لازم قادر خواهید بود این قسمت را با پرسش از بیماری‌های صرفاً مرتبط با وضعیت بالینی بیمار محدود نموده و از سوابق خانوادگی بیماری‌هایی که ارتباطی با شکایت بیمار ندارند یا کمتر مرتبط‌اند، سؤال نکنید تا در وقت و حوصله‌ی خود و بیمار صرفه‌جویی نمایید.

داشتن اطلاعات مرتبط با سوابق خانوادگی بیماری‌ها گاهاً ممکن است در تشخیص بیماری به شما کمک کند و یا پزشک را ملزم به انجام برخی غربالگری‌ها برای بررسی بیماری‌های مذکور در خود بیمار نماید. مثلاً در بیماری که دیس پپسی دارد اگر سابقه‌ی خانوادگی کنسر معده در بستگان درجه اول وی مثبت باشد، باید تحت آندوسکوپی قرار گیرد؛ اما در صورت منفی بودن سابقه‌ی کنسر معده در بستگان درجه‌ی اول، در قدم اول (در غیاب سایر علائم خطر) درمان تجربی با دارو های آنتی اسید جهت وی انجام می‌گیرد.

➢ Drug History (DH) (سابقه دارویی)

داروها بخش مهمی از ابزار کار یک پزشک می‌باشند. در این قسمت از شرح حال با داروها سروکار داشته و داروهایی که بیمار در حال حاضر مصرف می‌کند یا قبلاً مصرف

می‌کرده و ارتباطی با شکایت اصلی (cc) ندارند، در این قسمت نوشته می‌شوند. مثل بیمار دیابتی که از داروی انسولین استفاده می‌کند و اکنون با شکایت اصلی دفع خون در مدفوع مراجعه کرده است. انسولین جزو سوابق دارویی بیمار محسوب می‌شود که ارتباطی با شکایت اصلی کنونی بیمار ندارد لذا در قسمت سابقه دارویی (DH) نوشته می‌شود.

داروهایی که بیمار در گذشته مصرف می‌کرده، داروهایی که در حال حاضر با نسخه پزشک مصرف می‌کند، داروهایی که بدون نسخه تهیه و مصرف می‌کند، داروهای گیاهی، ویتامین‌ها و مکمل‌ها باید به‌طور کامل ثبت شوند.

بهتر است نام دارو، دوز دارو، دفعات مصرف، نحوه‌ی مصرف و مدت زمان مصرف دارو (زمان شروع و پایان آن) به‌صورت دقیق ذکر گردد.

اغلب افراد سالمند اطلاعات کافی در این زمینه نداشته و شاید نام داروها را بخاطر نداشته باشند لذا بهتر است از آنها بخواهیم تا تمام داروهایشان را همراه خود داشته و به شما نشان دهند.

باید به این نکته توجه داشته باشید که ممکن است یکی از دارو های مصرفی بیمار، ایجادکننده یا تشدیدکننده‌ی علائم بیماری فعلی باشند که در این صورت قطع دارو الزامی است. برای مثال بیماری که به علت تشنج، فنی توئین مصرف می‌کند و در حال حاضر با سندرم استیون جانسون بستری شده است، قطع فوری دارو و جایگزینی آن ضروری است یا بیماری که با نارسایی حاد کلیه بستری شده و کراتینین بالایی دارد ممکن است در شرح حال دارویی متوجه این نکته شوید که از داروهای گیاهی به میزان فراوان استفاده کرده است یا بیماری که با شکایت کاهش شنوایی مراجعه کرده و همراه با آن وزوز گوش نیز دارد و چندین آمپول جنتامایسین نیز مصرف کرده است، می‌توان علائم وی را به اتوتوکسیسیته ناشی از این دارو نسبت داد.

در کنار درمان بیماری فعلی، ممکن است نیاز به تجویز و نسخه کردن داروهایی که بیمار جهت کنترل و درمان بیماری(های) قبلی خود مصرف می‌کرده نیز داشته باشیم؛ لذا پزشک معالج می‌تواند در صورت نداشتن کنترااندیکاسیون و عدم مغایرت با شرایط فعلی بیمار، داروهای قبلی بیمار را نیز در کنار داروهای لازم جهت درمان بیماری فعلی او در برگ دستورات پزشک نوشته و اصطلاحاً order کند.

مثلاً بیماری را تصور کنید که به علت شکستگی لگن در بخش بستری است و از ۵ سال قبل صرع داشته و تحت درمان و کنترل با داروی والپروات سدیم می‌باشد؛ شما بعنوان پزشک معالج حق تعویض خودسرانه‌ی داروهای بیمار را نداشته و باید پس از پرسش از سابقه‌ی مصرف دارو، به شرطی که مغایرتی با درمان‌های فعلی نداشته و عارضه‌ی جدی ایجاد نکند، داروهای قبلی را برای کنترل بیماری‌های زمینه‌ای وی طی بستری نیز تجویز کرده و ادامه دهید. که در بیمار مورد مثال باید در کنار درمان‌های مرتبط با شکستگی لگن، داروی والپروات سدیم را جهت کنترل صرع بیمار در دستورات دارویی بخش بستری بنویسید.

توجه: بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند فقط اجازه دارند داروهایی که در کاردکس (کارت دارویی) آنها نوشته شده را طبق دستور مصرف نمایند تا وضعیت آنها به‌طور کامل تحت کنترل پزشک بوده و پزشک بتواند سیر بیماری را پایش کند. لذا داروهایی که جهت کنترل یا درمان بیماری‌های زمینه‌ای مصرف می‌شوند باید در روز اول به اطلاع پزشک رسانده شوند تا در صورت صلاحدید در کاردکس وارد شوند.

➢ *Allergy History (AH) (سابقه‌ی آلرژی)*

برخی از افراد به بعضی مواد آلرژی (حساسیت) دارند و غفلت از این مسئله ممکن است منجربه واکنش‌های افزایش حساسیت شود که شدیدترین آنها آنافیلاکسی می‌باشد که می‌تواند جان بیمار را به خطر اندازد. لذا حتماً باید از بیماران در این رابطه سؤال کنیم.

برخی بیماران خصوصاً افراد مسن ممکن است با واژه‌ی آلرژی نامانوس باشند لذا برای اطلاع از سابقه‌ی آلرژی بیمار بهتر است از وی بخواهیم وضعیتی که بعد از مصرف دارو یا ماده‌ی غذایی خاصی در وی ایجاد می‌گردد را توصیف کند. بهتر است برای پرسیدن این قسمت به بیمار گفته شود آیا واکنش یا حالت خاصی در بدن وی به‌دنبال مصرف یک داروی خاص، ماده‌ی غذایی خاص، نیش حشره یا عوامل محیطی ایجاد می‌شود؟ اگر بلی، این واکنش دقیقاً به چه صورت است؟ آیا منجر به غش کردن می‌گردد؟ یا ضایعات کهیر مانند در بدن او ایجاد می‌کند؟ یا منجر به علائمی مثل تورم لب و دهان و حلق یا تنگی نفس می‌شود؟

علت اهمیت این توصیفات دقیق این است که گاهی بیمار برای مثال به ما می‌گوید که

به تخم‌مرغ آلرژی دارد ولی منظور او درد معده یا حالت تهوع بعد از مصرف تخم‌مرغ می‌باشد که به این حالت *intolerance* (عدم تحمل) گفته می‌شود که فاقد اهمیت بالینی بوده و آلرژی محسوب نمی‌شود. مسئله‌ای که از نظر بالینی برای ما حائز اهمیت است، واکنش آنافیلاکسی می‌باشد.

به این مثال توجه کنید: بیماری هنگام پرسش از سابقه‌ی آلرژی اظهار می‌کند که به پنی‌سیلین حساسیت دارد اما وقتی شرح حال دقیق‌تر از او می‌گیریم ممکن است وضعیت را این‌طور توصیف کند که با مصرف این آمپول چند روز بی‌حال می‌شوم یا محل تزریق ورم می‌کند یا خارش مختصر پیدا می‌کنم که هیچ یک از این علائم نشان‌دهنده‌ی آنافیلاکسی نبوده و از نظر بالینی ارزشی ندارند.

دو موردی که به‌صورت روتین در این قسمت مورد پرسش قرار می‌گیرد «حساسیت به پنی‌سیلین» و «زرده‌ی تخم‌مرغ» می‌باشد.

یکی از علل اهمیت پرسش در رابطه با پنی‌سیلین، انتخاب نوع آنتی‌بیوتیک (در صورت نیاز) برای بیمار است که در صورت داشتن آلرژی به پنی‌سیلین، مجاز به استفاده از برخی آنتی‌بیوتیک‌ها نخواهیم بود.

در رابطه با زرده‌ی تخم‌مرغ نیز به دلیل شباهت ترکیبات داروی بیهوشی «پروپوفول» با زرده‌ی تخم‌مرغ، در صورت آلرژی بیمار به تخم‌مرغ و نیاز به داروی بیهوشی، باید از داروی بجز پروپوفول جهت بیهوشی وی استفاده گردد.

➢ ***Habit History (HH) (تاریخچه عادات)***

لابد شنیده‌اید که زندگی انسان محصول عادات اوست و عادات مجموعه رفتارهای تکرارشونده هستند که می‌توانند تأثیر بسزایی در سلامتی داشته باشند. در این قسمت از شرح حال در رابطه با عادات بیمار سؤال می‌شود که یکی از مهم‌ترین و البته خطرناک‌ترین عادات یک فرد، مصرف مواد مخدر می‌باشد.

در رابطه با مصرف دخانیات، اگر بیمار سیگار مصرف می‌کند بهتر است میزان مصرف به‌صورت «بسته- سال (*pack-year*)» نوشته شود.

مثلاً بیماری به‌طور متوسط از ده سال قبل تا کنون روزانه ۴ نخ سیگار می‌کشد، با توجه به اینکه هر بسته *(pack)* سیگار حاوی ۲۰ نخ می‌باشد، برای محاسبه‌ی *P/Y* بیمار مذکور: ۴ تقسیم بر ۲۰ کرده و در تعداد سال‌هایی که سیگار می‌کشد ضرب می‌کنید:
P/Y ۲=۱۰*۰/۲

در رابطه با مصرف قلیان، الکل (با ذکر درجه و میزان به گرم و مدت زمان مصرف)، اپیوئیدها، آمفتامین‌ها و سایر موادی که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، سؤال کنید.

به بیمار متذکر شوید که شما بازرس، پلیس یا قاضی نیستید و هدفتان کمک به بیمار می‌باشد و از دیدگاه پزشکی به این قضیه نگاه می‌کنید و لازم است که صادقانه با شما اصل موضوع را مطرح نماید. همچنین تأکید کنید که این سؤالات از تمام بیماران پرسیده می‌شوند و دلیل خاصی برای پرسش این سؤالات از او وجود ندارد. در واقع جلب اعتماد بیمار مهم‌ترین نکته جهت تکمیل صحیح این قسمت می‌باشد.

برای بیماری که مصرف‌کننده‌ی اپیوئید است، برای جلوگیری از ایجاد علائم ترک (*Withdrawal*)، معمولاً متادون در بخش‌های بالینی نسخه می‌شود. از طرفی مصرف برخی از این مواد ممکن است توجیه‌کننده بیماری فرد و مشکلات زمینه‌ای وی باشد.

مثلاً زمانی‌که تشخیص پانکراتیت برای بیماری که با درد شدید شکم بعد از یک مهمانی شبانه مراجعه کرده و در آزمایشات آمیلاز و لیپاز بالا دارد مطرح می‌شود، ذکر مصرف الکل در مهمانی شب گذشته می‌تواند راهنمای ما در یافتن علت (اتیولوژی) پانکراتیت وی باشد.

سابقه مصرف موادی مانند شیشه در بیماری که دچار توهم *(Hallucination)* می‌باشد، تشخیص‌هایی مانند اسکیزوفرنی و... را در این مرحله رد کرده و بیمار با تشخیص *substance used disorder* بستری می‌گردد.

Review of Systems (ROS) (مرور سیستم‌ها)

همانطور که از عنوان این قسمت پیداست، مرور سیستم‌ها در واقع یک مرور اجمالی بر تمام سیستم‌های بدن است؛ از سر تا پا.

سؤالات این قسمت در واقع علائمی (*symptoms*) هستند که بیمار از آنها شاکی است یا در پاسخ به سؤالات شما شکایت خود را مطرح می‌کند. یافته‌های حاصل از معاینه‌ی شما (*signs*) در قسمت بعدی یعنی معاینه فیزیکی (*physical examination*) ثبت خواهند شد و در *ROS* نوشته نمی‌شوند. (قسمت معاینه فیزیکی را جلوتر توضیح می‌دهیم.)

شما بعنوان یک دانشجوی پزشکی باید تمام سیستم‌های بدن را در این قسمت مرور کنید بنابراین ممکن است در ابتدای کار، پرسیدن تمام این سؤالات چالش برانگیز و دشوار بنظر برسد اما برای حصول اطمینان از اینکه چیزی را از قلم نینداخته‌اید، ضروری است تا این قسمت را با دقت تکمیل کرده و پیش از پرسش سؤالات از بیمار، به او بگویید که این قسمت از شرح حال ممکن است شامل سؤالات زیادی باشد که می‌خواهیم مطمئن شویم چیزی در شرح حالتان از قلم نیفتاده باشد و از او بخواهید تا با شما همکاری لازم و کافی را داشته باشد. البته با کسب تجربه و تمرین، در دفعات بعدی سؤالات این قسمت تنها چند دقیقه از وقت شما را خواهند گرفت.

این قسمت را با یک سؤال کلی و واضح در مورد یک سیستم شروع کنید. این کار توجه بیمار را متمرکز می‌کند و به شما این امکان را می‌دهد تا سؤالات اختصاصی‌تر در مورد سیستم‌های مربوطه بپرسید.

نمونه‌هایی از سؤالات آغازین: «وضعیت شنوایی تان چگونه است؟» «مشکلی در قلب تان دارید؟» «وضعیت گوارشی‌تان چگونه است؟» پیش از سؤالات هر سیستم، این سؤال را در ابتدا بپرسید: «آیا هرگونه... دارید؟» دقت کنید که بیمار با «بله- خیر» به سؤالات این قسمت پاسخ خواهد داد و شما نیز پاسخ‌ها را به‌صورت جملات با فعل «دارد- ندارد» ثبت خواهید کرد. از گذاشتن علامت مثبت و منفی اجتناب نمایید. (به‌خصوص علامت منفی (-) زیرا امکان دستکاری آن به هر علتی و توسط هر شخصی و تغییر آن به علامت + به‌راحتی وجود دارد.)

در ادامه لیستی از سؤالات استاندارد مربوط به این قسمت را آورده‌ایم تا با تمرین و تکرار، به تسلط نسبی و لازم به این سؤالات رسیده و بتوانید در عرض چند دقیقه این قسمت را تکمیل کنید. درصورت نیاز به این لیست مراجعه کرده و آن را مرور کنید تا سؤالی را از قلم نیندازید.

- **عمومی:** تغییر وزن/ ضعف/ خستگی/ عرق شبانه/ احساس لرز/ احساس تب/ بی‌اشتهایی
- **پوست، مو و ناخن:** ضایعه پوستی/ توده/ زخم/ خارش/ خشکی/ تغییر رنگ/ تغییر شکل ناخن/ ریزش مو/ تغییرات در شکل و رنگ و اندازه خال‌ها
- **جمجمه**(سر): سردرد/ سابقه ضربه به سر/ سرگیجه (احساس چرخش خود بیمار یا محیط اطراف یا سیاهی رفتن چشم‌ها)/ احساس سبکی سر
- **گوش‌ها:** گوش درد/ عفونت/ ترشح/ خارش/ وزوز/ کم شنوایی/ درصورت کم شنوایی، استفاده یا عدم استفاده از وسیله‌های کمک شنوایی مثل سمعک
- **چشم‌ها:** عینک یا لنز تماسی/ آخرین معاینه چشم پزشکی/ درد/ قرمزی/ اشک ریزش/ دوبینی یا تاری دید/ نقطه یا لک دیدن/ نورهای درخشنده
- **بینی و سینوس‌ها:** ترشح از بینی/ گرفتگی بینی/ خارش بینی/ خون دماغ/ گرفتاری سینوس‌ها/ سرماخوردگی‌های مکرر
- **دهان:** وضعیت دندان‌ها و لثه‌ها/ خونریزی از لثه‌ها/ دندان مصنوعی/ زخم زبان/ زخم و آفت مکرر دهان/ خشکی دهان
- **گردن:** تورم در گردن/ توده گردن/ درد گردن/ سفتی یا خشکی گردن/ کجی گردن/ موهای زائد زیر چانه و جلو گردن در خانم‌ها
- **پستان‌ها:** توده/ تورم/ درد یا ناراحتی/ ترشح از نوک پستان/ موهای زاید دور پستان یا بین سینه‌ها
- **قلب و عروق:** درد قفسه سینه/ تنگی نفس فعالیتی یا استراحتی/ فشار خون/ تپش قلب/ تورم اندام‌ها
- **ریه‌ها (تنفسی):** سرفه/ خلط (رنگ، مقدار؛ وجود یا عدم وجود خون) / کوتاهی یا تنگی نفس/ درد حین تنفس عمیق/ خس خس سینه

- **سیستم گوارشی:** اشکال در بلع/ سوزش سردل/ تغییر اشتها/ تهوع/ استفراغ/ رنگ و اندازه مدفوع/ درد هنگام دفع مدفوع/ مدفوع قیری یا سیاه و چسبنده/ یبوست/ اسهال/ تغییر عادات روده‌ای/ درد شکمی/ عدم تحمل غذا/ آروغ زدن یا دفع گاز مفرط/ زردی در پوست بیمار
- **سیستم ادراری:** عفونت ادراری/ سوزش ادرار/ خون در ادرار/ فوریت در ادرار/ تکرر ادرار/ ادرار شبانه/ درد پهلو/ سنگ کلیه/ بی‌اختیاری ادرار/ قطره قطره آمدن ادرار
- **سیستم تناسلی زنان:** درد لگن/ سوزش ادرار/ ترشحات از ناحیه‌ی واژن/ خارش واژن/ تاریخ آخرین عادت ماهیانه بیمار
- **سیستم تناسلی مردانه:** ترشحات از ناحیه‌ی تناسلی/ تکرر و سوزش ادرار/ و...
- **سیستم اسکلتی عضلانی:** دردهای مفاصل/ خشکی مفاصل/ تورم مفاصل/ دردهای عضلات/ خشکی عضلات/ کمردرد
- **سیستم عروقی:** لنگیدن متناوب/ گرفتگی پا/ گرفتگی (کرامپ) ساق پا/ وریدهای واریسی
- **سیستم روانی:** فشار روحی/ استرس/ ضعف حافظه/ افسردگی/ شناخت مکان، زمان و افراد
- **سیستم عصبی:** غش (از هوش رفتن)/ تشنج/ ضعف یا فلج قسمت‌های بدن/ کرختی یا بی‌حسی اندام‌ها/ حرکات غیرارادی اندام‌ها/ لرزش اندام‌ها
- **هماتولوژیک:** کبودی آسان/ خونریزی آسان/ اهدای خون در گذشته/ دریافت خون در گذشته
- **اندوکرین:** تشنگی بیش از حد/ گرسنگی بیش از حد/ عدم تحمل سرما یا گرما/ تعریق بیش از حد/ پرادراری و پرنوشی

(ظاهر کلی) General Appearance

معرفی مختصری از بیمار و تناسب سن ظاهری و تقویمی وی، وضعیت هوشیاری و اوریانتاسیون بیمار، وضعیت نشستن، آرام یا بی‌قرار بودن و میزان همکاری در معاینـه در این قسمت ذکر می‌شود.

(معاینه فیزیکی) Physical Examination

تکمیل این قسمت نیازمند مطالعه‌ی اصول معاینه، تمرین و تکرار آنها می‌باشد؛ پس اگر در ابتدای کار، تکمیل این قسمت زمان زیادی از شما می‌گیرد و یا احساس می‌کنید آنطور که باید و شاید به این قسمت تسلط ندارید، صبور باشید و بر یادگیری اصول و تمرین و تکرار هرچه بیشتر آنها اهتمام ورزید.

روش انجام معاینات هر ارگان (سیستم) را در درس سمیولوژی آموخته‌اید. یکی از بهترین کتاب‌های مرجع در این زمینه، کتاب «معاینات بالینی و روش گرفتن شرح حال باربارا بیتز» Bates' Guide To Physical Examination and History taking می‌باشد که مطالعه‌ی آن برای هر دانشجوی پزشکی اکیداً توصیه می‌گردد.

حال با فرض اینکه اصول معاینات را آموخته‌اید، به دستورالعمل نوشتن این قسمت می‌پردازیم. درقسمت معاینه فیزیکی یافته‌های حاصل از معاینه‌ی ارگان‌های مختلف بدن ثبت می‌شوند. در واقع در این قسمت *sign*ها (نشانه‌ها) را ثبت می‌کنید، درحالیکه در قسمت «مرور سیستم‌ها» که پیش از این به آن پرداختیم، *symptom*ها (علائم) ثبت می‌شدند. پس باید به این نکته‌ی اساسی توجه داشته باشید که در قسمت مرور سیستم‌ها تمام جملات باید از زبان بیمار نوشته شده و از نوشتن اصطلاحات علمی و یا یافته‌های حاصل از معاینه بپرهیزید. در حالی‌که در قسمت معاینه‌ی فیزیکی، یافته‌های حاصل از معاینه را بدون محدودیت استفاده ازاصطلاحات علمی می‌نویسید.

برای انجام برخی معاینات فیزیکی به وسایلی نیاز داریم که مهم‌ترین آنها عبارتند از: گوشی پزشکی/ فشار سنج/ افتالموسکوپ/ اتوسکوپ/ چراغ قوه یا *pen light*/ چکش رفلکس/ دیاپازون/ مترنواری/ ترمومتر(تب سنج).

برای ثبت یافته‌های حاصل از معاینات فیزیکی، دقت کنید که یافته‌ها را به‌صورت جملات با فعل «دارد – ندارد» ثبت کرده و از گذاشتن علامت مثبت و منفی اجتناب کنید. (به‌خصوص علامت منفی (-) زیرا امکان دستکاری آن به هر علتی و توسط هر شخصی و تغییرآن به علامت + به‌راحتی وجود دارد.)

لازم به ذکر است که برخی بخش‌های بالینی مانند بخش مغز و اعصاب، باتوجه به تنوع

و تعداد زیاد معاینات و همچنین اهمیت بسیار زیاد یافته‌های حاصل از معاینات در تشخیص و درمان بیمار، برگه‌ی شرح حال مخصوصی دارند که عنوان معاینات به تفکیک در برگه نوشته شده‌اند تا معاینات بطور کامل انجام شوند.

در ادامه لیستی از معاینات استاندارد مربوط به این قسمت را آورده‌ایم تا با تمرین و تکرار، به تسلط نسبی و لازم به این معاینات رسیده و بتوانید در عرض چند دقیقه این قسمت را تکمیل کنید. در صورت نیاز به این لیست مراجعه کرده و آن را مرور کنید تا معاینه‌ای را از قلم نیندازید.

* یادآور می‌شویم که چهار مرحله اساسی در معاینه‌ی هر ارگان باید انجام شوند که شامل: مشاهده *(Inspection)*/ لمس *(Palpation)*/ دق *(Percusion)*/ سمع *(Auscultation)* می‌باشند.

در ابتدای این قسمت بهتر است علائم حیاتی بیمار نوشته شود، اینکه بیمار با چه علائم حیاتی و وضعیتی مراجعه نموده بسیار مهم میباشد:

«فشار خون (*BP*)، تعداد ضربان قلب (*PR*)، تعداد تنفس (*RR*)، درجه حرارت بیمار (*BT*)، سچوریشن اکسیژن بیمار با و بدون اکسیژن (*SpO2 with or w/o (with out) O2*)»

سپس معایناتی مربوط به هر سیستم نوشته شود. عنوان معایناتی که در هر عضو می‌توانیم انجام دهیم مختصرا و تیتروار در ادامه ذکر میشوند:

چشم‌ها

- ✓ وجود اگزوفتالمی، استرابیسم، توده و ضایعه روی چشم، اشک‌ریزش، قرمزی، تاری دید (عیب انکساری)، استفاده از عینک
- ✓ پلک‌ها: سیمتری، التهاب، توده، ادم، موقعیت پلک‌ها، افتادگی پلک
- ✓ ملتحمه: رنگ پریدگی *(Pallor)* ، پتشی، پرخونی *(Congestion)*
- ✓ صلبیه (اسکلرا): تغییررنگ (ایکتر)، تورم و توده، خونریزی

- ✓ قرنیه: کدورت (*opacity*)، زخم (*arcus senile*)، قوز قرنیه
- ✓ عنبیه: رنگ و شکل ظاهر آن
- ✓ مردمک: سایز و شکل، واکنش به نور مستقیم و غیرمستقیم، تطابق
- ✓ حرکات چشم و بررسی عضلات خارج کره چشم (ابلیک تحتانی/ رکتوس تحتانی/ لترال رکتوس/ رکتوس مدیال/ ابلیک فوقانی/ رکتوس فوقانی)
- ✓ ارزیابی میدان‌های بینایی: از طریق مقایسه با میدان بینایی خودمان
- ✓ *Visual acuity* دقت بینایی: از طریق چارت استاندارد
- ✓ درک رنگ‌ها
- ✓ بخش داخلی چشم: معاینه‌ی داخلی چشم با استفاده از افتالموسکوپ انجام می‌شود: ابتدا *Red response* را بررسی کرده و پس از آن به معاینه رتین می‌پردازیم. در معاینه‌ی رتین باید به نکات زیر توجه کنیم: دیسک اپتیک، *cup* و نبض شریان و ورید و*light reflection* شریان، وجود اگزودا و خونریزی در زمینه رتین و نهایتاً به بررسی ماکولا می‌پردازیم.

گوش‌ها:

- ✓ گوش خارجی: ترشح، قرمزی، ندول، محل و سایز لاله گوش، دفورمیتی لاله گوش، بررسی ماستوئید از نظر تورم و قرمزی
- ✓ گوش داخلی: التهاب، اگزودا، جسم خارجی، بررسی پرده تمپان از لحاظ قرارگیری، شکل، لند مارکها، تورفتگی یا برآمدگی، اریتم، رفلکس نور

بینی:

- ✓ بینی خارجی: سایز، رنگ، شکل (بینی زینی شکل)
- ✓ بینی داخلی: از اسپکولوم و منبع نوری استفاده می‌کنیم. مخاط‌بینی، سپتوم و توربینت‌ها را از لحاظ رنگ و وجود زخم، سپتوم را از لحاظ انحراف و پرفوراسیون، وجود توده و پولیپ و سینوس‌های پارانازال را از لحاظ وجود تندرنس بررسی می‌کنیم.

دهان و حلق:

- ✓ فک: انحراف فک (زمان باز و بسته کردن دهان)، لمس مفصل *temporomandibular* از نظر تندرنس و کریپیتاسیون
- ✓ لب: رنگ، سیانوز، اولسر یا فیشر زاویه لب، پیگمانتاسیون
- ✓ لثه‌ها: تورم و التهاب، پیگمانتاسیون
- ✓ دندان‌ها: پوسیدگی، دندان مصنوعی
- ✓ مخاط داخلی دهان: رنگ، پیگمانتاسیون، مجرای غده پاروتید و سایر غدد براقی، آفت و اولسر
- ✓ زبان: اولسر زبان، پاپیلا در سطح زبان، فاسیکولاسیون و انحراف زبان، پلاک‌های سفید روی زبان
- ✓ فارنکس: انحراف و حرکت اوولا، بررسی لوزه‌ها از لحاظ اریتم و اگزودا و هیپروتروفی (و گرید آن)، چین قدامی و خلفی لوزه‌ها (اریتم و اگزودا)، دیواره خلفی فارنکس (برآمدگی و توده)

گردن:

- ✓ مشاهده: وجود سیمتری یا آسیمتری، توده، غضروف تیروئید، عضله *SCM*، تورم موضعی، نبض عروقی، اسکارجراحی
- ✓ لمس: بررسی لنف نودهای گردنی از لحاظ سایز، شکل، قوام، قرمزی و تندرنس
- ✓ غده تیروئید: مشاهده و لمس از نظر تندرنس وندول، سمع تیروئید از لحاظ بروئی
- ✓ تراشه: محل و انحراف، سمع استریدور بر روی تراشه گردنی
- ✓ کاروتید: لمس نبض آن و اندازه‌گیری میزان فشار آن (ورید ژوگولر داخلی وخارجی)، سمع کاروتید از لحاظ بروئی ویا انتشار سوفل قلبی
- ✓

قفسه سینه و ریه‌ها:

- ✓ مشاهده: پترن تنفسی، ریت (تعداد) و نظم نفس‌ها، سیمتریک بودن حرکات دو نیم سینه، دفورمیتی‌های قفسه سینه (*Pectus excavatum - Pectus Carinatum- Barrel chest*)،

دفورمیتی استرنوم (بالارفتگی یا تورفتگی)، توجه به استفاده از عضلات فرعی تنفس (رترکسیون بین دنده‌ای)

- ✓ لمس: Tactile fremitus
- ✓ دق
- ✓ تعیین excursion دیافراگم بر اساس دق (در طی دم و بازدم)
- ✓ سمع

قلب:

- ✓ مشاهده و لمس Apical impulse (تعیین محل و سایز آن (نرمال ۲ سانتیمتر، در مدیال خط میدکلاویکولار و در فضای بین دنده‌ای ۵) و شدت (نرمال یا forse full) و مدت زمان آن)/ لمس تمام پره کوردیوم از لحاظ ایمپالس‌های دیگر و یا تریل (فضای بین دنده‌ای راست وچپ، LSB-زیر گزیفوئید)
- ✓ دق: در زمان ندیدن Apical impulse برای تعیین محل قلب وتعیین بوردر چپ قلب استفاده می‌شود.
- ✓ سمع: سمع قلب در هر ۴ کانون از نظر شدت S1 و S2 و بررسی Spliting صدا ها؛ و بررسی سوفل‌ها و صداهای اضافه، انجام مانور برای تشدید سوفل و سمع فریکشن راب پریکاردی

نکته: در قدم اول باید تشخیص دهیم کدام صدا S1 و کدام S2 است؛ برای تشخیص این صداها سعی کنید همزمان با سمعِ قلب، نبض بیمار را بگیرید؛ صدایی که همزمان با زدن نبض شنیده می‌شود S1 است و بدین ترتیب صدای دوم S2. حد فاصل بین صدای S1 تا قبل از شروع S2 مرحله سیستول قلب و فاصله‌ی بین S2 تا شروع S1 بعدی دیاستول قلب است. با دقت به این مسأله تشخیص انواع سوفل‌ها و صداهای قلبی برای شما آسان خواهد شد.

پستان و زیربغل:

- ✓ مشاهده: سایز، سیمتریک بودن، maturation پستان‌ها درسن بلوغ، وجود

dimpling (فرورفتگی)، توده، تغییرات در پوست (تورم،پوست پرتقالی، زخم، ندول جلدی، خال)

- ✓ لمس: بررسی از لحاظ وجود ندول یا توده و خصوصیات آن (محل، سایز، شکل، تحرک، محدوده، تندرنس)
- ✓ نیپل: از لحاظ وجود توده در زیر آن/ وجود ترشح وخصوصیات آن (خونی، چرکی، سروز، شیری)
- ✓ لمس لنف نودهای زیر بغل از نظر سایز و قوام و تحرک
- ✓

شکم:

ترتیب معاینه: مشاهده، سمع، دق، لمس

- ✓ مشاهده: شکل شکم (اسکافوئید، *flat*، برجسته)، پریستالتیسم قابل مشاهده، *pulsation* آئورت دراپیگاستر، وجود سیمتری در دوطرف شکم، *bulging* فلانک‌ها، هرنیاسیون جداری، اسکار جراحی، پیگمانتاسیون، طرح عروق وریدی سطح شکم و تغییر رنگ پوست شکم
- ✓ سمع صداهای شکمی
- ✓ دق: سایز کبد، طحال وجود مایع در شکم، توده شکمی
- ✓ لمس:
  - لمس سطحی: تندرنس، توده بزرگ شکمی، گاردینگ ارادی وغیر ارادی عضلات شکمی
  - لمس عمقی: لمس کبد، طحال،کلیه، توده شکمی، لمس کیسه صفراء مثانه در صورت رتانسیون، توده لگنی، تعیین سایز آئورت
  -

مقعد و رکتوم:

- ✓ مشاهده: وجود فیشر، هموروئید خارجی، فیستول و *skin tag*
- ✓ لمس: *Digital rectal examination (DRE)* ، لمس توده داخلی رکتوم، بررسی مدفوع روی دستکش از لحاظ قوام، رنگ، وجود خون روشن، تون اسفنکتر،

هموروئید داخلی، لمس پروستات (سایز، شکل، قوام، وجود ندول، هیپرتروفی، تندرنس در لمس)

دستگاه تناسلی مرد:

- ✓ مشاهده: انتشار موهای ناحیه پوبیس، *sexual maturity*، وجود اولسر، تورم و قرمزی روی پنیس و اسکروتوم و یا ترشح از مئاتوس یورترا، بررسی سایز و محل مئاتوس یورترا، وجود فیموزیس یا پارافیموزیس، وجود واریکوسل، هیدروسل، هرنی اینگوئینال
- ✓ لمس: لمس بیضه‌ها از لحاظ قرار گرفتن در اسکروتوم، سایز، قوام، وجود توده، تندرنس، لمس اپیدیدیم از لحاظ سایز، توده، تندرنس، چرخش، لمس اینگوئینال از لحاظ لنف نود، هرنی و توده
- ✓ دوشیدن مجرا از لحاظ وجود ترشح

دستگاه تناسلی زن:

- ✓ مشاهده: ژنیتال خارجی: انتشار و میزان موهای پوبیس، *sexual maturity* بررسی شکل لابیا مینور و ماژور، سایز کلیتوریس، ارفیس یورترا و واژن از نظر وجود ترشح، زخم یا التهاب دراین مناطق، وارت
  ژنیتال داخلی (با اسپکولوم): بررسی از لحاظ وجود واژینیت، سرویسیت، اولسر بر روی سرویکس، پرولاپس رحم، رکتوسل، سیستوسل
- ✓ لمس: لمس از لحاظ وجود توده در اکسترنال ژنیتالیا، *TV* برای بررسی تندرنس در حرکت سرویکس، توده و تندرنس در آدنکس‌ها، سایز، شکل، وضعیت قرارگیری رحم، لمس ناحیه اینگوئینال از لحاظ لنفادنوپاتی، هرنی، تود

عضلانی اسکلتی:

- ✓ بررسی مفاصل از نظر تورم، قرمزی، گرمی و دفورمیتی، بررسی از نظر محدودیت حرکت و اندازه‌گیری دامنه‌ی حرکات اکتیو و پاسیو مفاصل، عدم ثبات مفصل،

کریپیتاسیون، قدرت عضلات اطراف مفصل، گرفتاری قرینه یا غیرقرینه مفاصل، آتروفی عضلات اطراف مفصل، تندرنس عضلات، قدرت عضلات پروگزیمال و دیستال

ستون فقرات:

- ✓ مشاهده: دفورمیتی (کیفوز، اسکولیوز، لوردوز کمر)، سطح شانه‌ها، افتادگی اسکاپولا، بررسی حرکات ستون فقرات، توده بر روی ستون فقرات
- ✓ لمس: تندرنس بر روی مهره‌های ستون فقرات
- ✓ دق: تندرنس در دق ستون فقرات

عروق محیطی:

- ✓ مشاهده: وجود ادم و زخم شریانی یا وریدی بر روی اندام‌ها، وجود وریدهای واریسی، رنگ پریدگی اندام‌ها، کلابینگ انگشتان
- ✓ لمس: نبض عروق از لحاظ شدت و قدرت، مقایسه نبض چهار اندام با هم، وجود ادم در اندام‌ها و *staging* آن

دستگاه عصبی:

- ✓ بررسی اعصاب کرانیال ۱ تا ۱۲
- ✓ بررسی *gait* آتاکسیک، اسپاستیک و...
- ✓ بررسی رفلکس‌های *brain stem* (رفلکس مردمک، قرنیه، dull's eye، وستیبولار)
- ✓ بررسی فورس عضلات پروگزیمال و دیستال
- ✓ بررسی رفلکس‌های عمقی *scale 0-4* (بررسی کلونوس)
- ✓ بررسی رفلکس‌های سطحی (پوستی، شکمی، کرماستریک، رفلکس کف پائی)
- ✓ بررسی حرکات غیرعادی (کره، آتتوز، فاسیکولاسیون، ترمور)
- ✓ بررسی تون عضلات (حالت‌های غیرنرمال، رژیدیتی، اسپاسیتی، دیس تونی)

- ✓ بررسی *coordination*، بررسی فانکشن حسی (درد، حرارت، لمس، ارتعاش، پوزیشن)
- ✓ بررسی حس‌های کورتیکال

two point discrimination, , stereognosis, graphestesia extinction

- ✓ بررسی رفلکس‌های لوب فرونتال: *grasp, sucking, snout, blink*
- ✓ علائم تحریک مننژ: کرنیگ، برودزنسکی، ردور گردن

پوست:

- ✓ هر نوع ضایعه پوستی از نظر شکل و رنگ و سایز و محل دقیق ضایعه و نوع ضایعه (ماکول- پاپول- وزیکل و...) باید توصیف شود. به وجود پتشی، پورپورا، اکیموز؛ هرگونه لاسراسیون و ابریژن و... باید توجه شود.

Problem list (لیست مشکلات)

پس از اخذ یک شرح حال دقیق و کامل، جهت انسجام بیشتر و جمع‌بندی بهتر است تمام یافته‌های مثبت به همراه یافته‌های منفی مهم بیمار را لیست نمایید تا با کمک آنها بتوانید وضعیت بیمار را ارزیابی کرده و تشخیص احتمالی و تشخیص‌های افتراقی را مطرح کنید.

(ارزیابی وضعیت بیمار) Assessment و (تشخیص‌های افتراقی) Differential Diagnosis (DDX)

یکی از مهم‌ترین قسمت‌های شرح حال جهت رسیدن به تشخیص صحیح، نوشتن قسمت *Assessment* می‌باشد. چراکه روند فکری پزشک و ارزیابی وی از مجموع یافته‌های بیمار را نشان می‌دهد. تفاوت سطح سواد دانشجویان پزشکی از نحوه‌ی نوشتن *Assessment* قابل قضاوت می‌باشد.

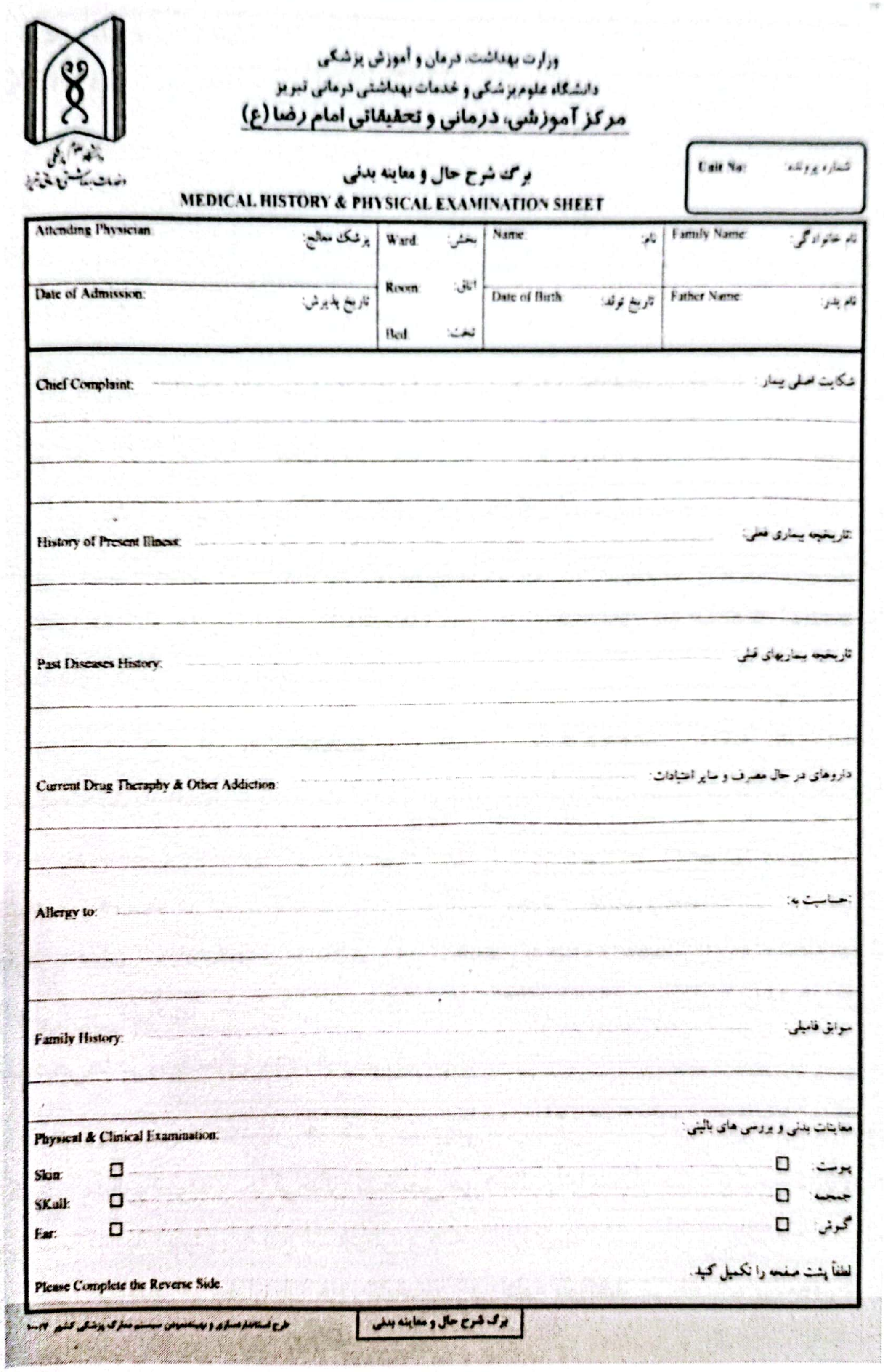
در این قسمت قصد داریم روشی را جهت نوشتن *Assessment* پیشنهاد داده و چگونگی استفاده از آن را شرح دهیم.

این روش بر پایه‌ی توجه به تشخیص‌های افتراقی موجود برای هریک از علائم و نشانه‌ها می‌باشد. جهت آشنایی با تشخیص‌های افتراقی محتمل برای هر نشانه و علامت می‌توانید به کتاب‌های تشخیص افتراقی مانند چرچیل، فریدمن و... مراجعه کرده و یا از برنامه‌های کاربردی مانند اپتودیت استفاده نمایید.

دانشجویان در این روش تشخیص‌های افتراقی تک‌تک علائم و نشانه‌های بیمار را به‌صورت تیتروار (ستونی) یادداشت کرده و در پایان بین آنها اشتراک می‌گیرند. مثلاً تشخیص *ب* در لیست تشخیص‌های افتراقی ۵ مورد از علائم و نشانه‌های بیمار وجود دارد و تشخیص *الف* در لیست تشخیص‌های افتراقی ۴ مورد از علائم و نشانه‌های بیمار وجود دارد. بر اساس تعداد تکرار هر تشخیص، آن تشخیص به صدر تشخیص‌های ما منتقل می‌شود (اصلی‌ترین تشخیص، تشخیصی است که بیشترین تکرار را در بین ستون‌ها دارد و بقیه‌ی تشخیص‌ها در ردیف‌های بعدی قرار می‌گیرند).

در قدم بعدی دانشجویان هریک از تشخیص‌های مطرح شده را از منابع خود به‌صورت تکمیلی مطالعه نموده و ویژگی‌های تشخیص مورد نظر را با بیمار خود تطابق داده و ذکر می‌کنند که چه مواردی به نفع تشخیص و چه مواردی به ضرر آن می‌باشد و همچنین مشخص می‌کنند که چه ارزیابی‌های تشخیصی در ادامه موردنیاز می‌باشند و برنامه‌ی درمانی چه خواهد بود و بدین ترتیب *Plan* تشخیصی و درمانی نیز مشخص می‌گردد.

در پایان شرح حال مهر و امضای نویسنده‌ی شرح حال الزامی می‌باشد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

Unit No: شماره پرونده:

برگ شرح حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: / Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Past Diseases History: تاریخچه بیماریهای قبلی:

Current Drug Theraphy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Allergy to: حساسیت به:

Family History: سوابق فامیلی:

Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

Skin: ☐ پوست: ☐

SKull: ☐ جمجمه: ☐

Ear: ☐ گوش: ☐

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

برگ شرح حال و معاینه بدنی

شکل ۱: نمونه برگ شرح حال موجود در بخش

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):	معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه)
Eyes ☐	چشم ☐
Nose ☐	بینی ☐
Mouth ☐	دهان ☐
Throat ☐	گلو ☐
Neck ☐	گردن ☐
Lymph Nodes ☐	غدد لنفاوی ☐
Chest ☐	قفسه سینه ☐
Breast ☐	پستان ☐
Heart ☐	قلب ☐
Lung ☐	ریه ☐
Vessels ☐	عروق ☐
Abdomen ☐	شکم ☐
Genital Organ (Male) ☐	اندام تناسلی (مذکر): ☐
Genital Organ (Female) ☐	اندام تناسلی (مؤنث): ☐
Rectum ☐	مقعد ☐
Nervous System ☐	اعصاب ☐
Extremities ☐	اندامها (فوقانی، تحتانی): ☐
Bones-Joints-Muscles ☐	استخوان، مفاصل، عضلات ☐

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت ☒ مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with ☒

SUMMARY: خلاصه:

Primary DX: تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician: امضاء پزشک معاینه کننده:

پشت برگ شرح حال

سیر پیشرفت بیماری

پیش از آغاز توضیحات مربوط به‌نحوه‌ی نوشتن پروگرس نوت یا برگه‌ی سیر بیماری، این مقدمه را داشته باشید که پروگرس نوت درواقع ارزیابی روزانه‌ی وضعیت بیمار است که سیر علائم و نشانه‌های بالینی بیمار و موارد دیگری که جلوتر توضیح داده خواهد شد، در آن نوشته می‌شود تا با استفاده از این شواهد بتوانیم قضاوت کنیم که آیا این تغییرات متناسب با تشخیصی که برای بیمار مطرح کرده و درمانی که برای او آغاز کرده‌ایم، هست یا خیر.

پیش از توضیح دستورالعمل نوشتن پروگرس نوت، می‌خواهیم به این سؤال پاسخ دهیم که تفاوت شرح حال با پروگرس نوت چیست؟ پاسخ این است که شرح حال در روز اول مراجعه و بستری بیمار در بیمارستان نوشته می‌شود اما در روز های بعدی، تنها پروگرس نوت برای بیمار نوشته شده و از این طریق وضعیت روزانه‌ی او ارزیابی می‌گردد.

و اما نحوه‌ی نوشتن پروگرس نوت:

- ✓ ابتدا در بالای برگه‌ی سیر بیماری یا پروگرس نوت، مشخصات بیمار را در خانه‌های مربوطه بنویسید (و اگر از قبل توسط منشی محترم بخش نوشته شده است، اطلاعات را با بیمارتان تطبیق دهید).
- ✓ سپس تاریخ و ساعتی را که بیمار را ویزیت می‌کنید در کادر سمت راست یادداشت کنید. شما در واقع با نوشتن پروگرس نوت روزانه، سیر پیشرفت علائم و وضعیت بیمار را بر حسب زمان می‌سنجید. لذا داشتن تاریخ و زمان روی هر برگه‌ی پروگرس نوت از اهمیت زیادی برخوردار است.
- ✓ قدم بعدی نوشتن *ID* است که با نوشتن «چندمین روز بستری بیمار مذکور در بخش» آغاز می‌شود. برای یافتن مدت زمان بستری بیمار می‌توانید از خود بیمار سؤال کنید که چه مدت است که بستری شده است ولی روش ارجح، مراجعه به برگه پذیرش روز بستری می‌باشد که تاریخ و ساعت دقیق بستری در آنجا ذکر شده

است یا می‌توانید از تاریخ و ساعت برگه‌ی شرح حال استفاده کرده و از تاریخ بستری بیمار مطلع شوید.

- ✓ سپس جنسیت و سن بیمار را ذکر کرده و در مرحله‌ی بعدی به شکایت اصلی بیمار اشاره کنید.
- ✓ سپس تشخیص اولیه یا نهایی یا علت بستری بیمار را بنویسید. در صورتی‌که تشخیص نهایی بیمار مشخص باشد، نیازی به ذکر شکایت اصلی نبوده و تنها به نوشتن تشخیص نهایی بسنده کنید.

توجه داشته باشید که نوشتن توضیحات بیشتر در این قسمت مانند: سابقه بیماری‌های قبلی، تاریخچه دارویی، توصیفات مربوط به شکایت اصلی بیمار یا علائم همراه و... نیاز نیست. زیرا در صورت لزوم برای کسب این اطلاعات می‌توانید به برگه‌ی شرح حال مراجعه نموده و اطلاعات لازم را بدست بیاورید.

مثال: سومین روز بستری آقای ۵۷ ساله که با شکایت اصلی درد شکم مراجعه نموده و با تشخیص اولیه پانکراتیت بستری شده است.

ممکن است در برخی بخش‌های بالینی از شما خواسته شود که به بیماری‌های زمینه‌ای بیمار *(PMH)* در ابتدای پروگرس نوت اشاره نمایید و یا در بخش قلب از شما خواسته شود در ابتدای معرفی بیمار به مثبت یا منفی بودن ریسک فاکتورهای بیماری قلبی هم اشاره کنید (مثل سیگار- دیابت- فشار خون- سابقه فامیلی) و یا در بخش زنان از شما خواسته شود پس از ذکر سن بیمار، سابقه بارداری‌های قبلی را نیز بیان کنید (*GPA 1A b*) و...

اما قالب اصلی نوشتن *ID* در پروگرس نوت که برای تمامی بخش‌ها قابل استفاده می‌باشد، همین قالبی لسا که شرح داده شد. بهتر است این قالب کلی را جهت حفظ ساختار پروگرس نوت رعایت نمایید و در صورتی‌که اطلاعات اضافه‌تر از شما خواسته شد، در ادامه‌ی *ID*و خط بعدی یادداشت نمایید.

پس از بخش *ID* بقیه‌ی بخش‌های پروگرس نوت را با ترتیب *SOAPE* بنویسید:

- *S: Subjective*
- *O: Objective*
- *A: Assessment*
- *P: Plan*
- *E: Education*

S: Subjective

این قسمت را به زبان بیمار می‌نویسید. همانگونه که در قسمت شکایت اصلی توضیح داده شد به علت بارِ تشخیصی گفته‌های بیمار، از نوشتن آنها به زبان علمی در این قسمت خودداری فرمایید. مثلاً وقتی بیمار می‌گوید مدفوع سیاه و قیری و چسبنده دارد باید عین این عبارت را در این قسمت ذکر کنید و نوشتن عبارت «بیمار ملنا دارد» در این قسمت صحیح نمی‌باشد.

در این قسمت:

✓ سیر تغییراتِ شکایاتی که بیمار با آنها مراجعه کرده است را می‌نویسید.

مثلاً در بیماری که با درد شکم مراجعه کرده بود، باید بنویسید که درد شکم بیشتر یا کمتر شده یا تغییری نداشته است.

✓ شکایات جدیدی که بیمار مطرح می‌کند را با ذکر جزئیات شرح می‌دهید.

مثال: بیمار از دیروز دچار دو نوبت استفراغ غیرخونی محتوی موادغذایی هضم نشده با فاصله‌ی دو ساعت بعد از غذاخوردن و با حجم حدود یک استکان شده است.

مثال: بیمار از صبح امروز دچار سرگیجه شده به‌طوری‌که احساس می‌کند اتاق دور سر وی می‌چرخد و با تغییر وضعیت تشدید می‌شود. (سرگیجه‌ای که به‌صورت احساس سیاهی رفتن چشم‌ها توصیف می‌شود *dizziness* یا گیجی نامیده می‌شود که اهمیت بالینی چندانی ندارد، اما سرگیجه واقعی نیاز به ارزیابی نورولوژیک دارد.)

✓ مشکلاتی که ممکن است در سیر پیشرفت بیماری یا به‌دنبال عوارض درمان برای بیمار ایجاد شود را حتماً مورد پرسش قرار دهید و وجود یا عدم وجود آنها را در این قسمت یادداشت کنید. زیرا ممکن است بیمار به دلایل مختلف از توضیح بیشتر

علائم خود سر باز زند (مثلاً علائم خود را غیرمهم تلقی کند یا احساس کند شکایات مهم‌تری دارد که قبلاً گفته و باید پزشک به آنها رسیدگی کند و...). از طرفی مکتوب کردن این موارد نشان از این دارد که پزشک به علائم خطر توجه کرده و می‌دانسته که بیمار را از چه جهت باید ویزیت نماید.

مثال: در خانم حامله‌ای که با فشار خون بالا مراجعه کرده حتماً باید در پروگرس نوت، داشتن یا نداشتن تاری دید، سردرد، درد سر دل ذکر شود (علائم *severe* پره اکلامپسی).

مثال: در بیماری که برای مدت طولانی بستری و بی‌حرکت بوده یا عمل جراحی شده حتماً باید در رابطه با تنگی نفس ناگهانی پرسش نموده و در پرونده ثبت نمایید (به علت خطر *PTE*).

O: Objective

در این قسمت معاینات و ارزیابی‌های خودتان به‌عنوان پزشک و نتایج بررسی‌های پاراکلینیک (آزمایشات و تصویربرداری‌ها) و نتیجه مشاوره‌های انجام شده با سایر سرویس‌ها در رابطه با بیمار را بنویسید.

- ✓ ابتدا علائم حیاتی بیمار را بنویسید *(BP-PR-RR-BT-SPO2)*
- ✓ سپس وضعیت هوشیاری و اُریانتاسیون و *ill* یا *toxic* بودن بیمار را مشخص کنید.
- ✓ سپس نتیجه‌ی معاینات بیمار و یافته‌هایتان و تغییرات آن نسبت به روز(های) قبل را ذکر کنید.

بدیهی است که در این قسمت از پروگرس نوت، برخلاف قسمت معاینات فیزیکی شرح حال، لزومی ندارد که تمام ارگان‌ها را هر روز مجددا معاینه کنید. هر چند برای تمرین و تسلط بیشتر، دانشجویان پزشکی می‌توانند با کسب اجازه از بیمار این کار را انجام دهند، اما ذکر اطلاعات غیر ضروری در این قسمت لازم نمی‌باشد. مثلاً بیماری که به علت کله سیستیت بستری می‌باشد و از ۲۰ سال قبل دیابت دارد و در معاینه‌ی ته چشم رتینوپاتی دیابتی دارد و در برگه‌ی شرح حال ذکر شده، لزومی ندارد که در پروگرس نوت هر روز به این نکته اشاره شود.

برای اینکه بیشتر برای شما ملموس شود که چه معایناتی را باید در این قسمت ذکر کنید، به ادامه مطلب و مثال‌های مربوطه توجه فرمایید:

۱. معاینات مربوط به سیستم‌ها یا ارگان‌هایی که بیمار به علت یافته‌ی مثبت در آنها بستری شده است.

مثلاً در بیماری که به دنبال استروک (سکته مغزی) دچار کاهش قدرت اندام‌ها شده و *TPA* دریافت کرده است و تحت فیزیوتراپی است، معمولاً به مرور قدرت اندام‌ها افزایش خواهند یافت لذا باید هر روز قدرت اندام‌ها را معاینه کرده و در این قسمت یادداشت کنید.

۲. معایناتی که در بررسی اولیه (در شرح حال) دارای یافته‌ی مثبت بودند:

مثلاً بیماری که به علت انسداد روده‌ها بستری می‌باشد اما در معاینه‌ی اولیه تورم در مفصل زانوی چپ نیز داشته است، معاینات زانو و تغییرات آن باید به‌صورت منظم در برگه سیر بیماری ثبت شوند.

۳. معاینات اختصاصی هر بخش بالینی:

با توجه به اینکه بیشتر شکایات و مشکلات بیمار در هر بخش بالینی، متمرکز به آن بخش می‌باشد و از طرفی بهترین فرصت برای دانشجویان جهت تسلط بیشتر به معاینات اختصاصی بخش مربوطه است و معمولاً از طرف اساتید مورد سؤال قرار می‌گیرد، لذا بهتر است این قسمت نیز در نوت روزانه به‌صورت کامل نوشته شود. برای مثال اگر در بخش گوارش پروگرس نوت می‌نویسید، تمام معاینات مربوط به سیستم گوارش را در این قسمت ذکر کنید.

۴. معایناتی که احتمال می‌دهید طی سیر بیماری یا درمان دچار تغییرات شوند:

مثلاً بیماری که *cv line* یا کاتتر دیالیز ساب کلاوین جهت وی تعبیه شده، ممکن است دچار اندوکاردیت شود که از نشانه‌های آن، ایجاد سوفل جدید یا تغییر در شدت سوفل قبلی بیمار می‌باشد. لذا هر روز سمع قلب انجام دهید و به معاینه روز اول خود یا دیگران اکتفا نکنید. همچنین اندام‌های تحتانی و فوقانی از نظر *nodes osler*، *splinter hemorrhages* و... باید ارزیابی شوند.

مثال: در بیماری که سولفات منیزیوم دریافت می‌کند، رفلکس پاتلار را بررسی کنید. (با افزایش سطح سرمی سولفات منیزیوم رفلکس پاتلار ممکن است از بین برود.)

۵. معاینات مربوط به شکایاتی که بیمار جدیدا مطرح نموده و در قسمت *subjective* نوشته شده‌اند.

مثلاً وقتی بیمار ذکر می‌کند سرگیجه دارد و با پرسش بیشتر آن را از *dizziness* افتراق داده‌اید، باید در قسمت *objective* نیستاگموس و جهت آن را بررسی کنید و فیستول تست و مانور دیکس هالپایک را به منظور ارزیابی سرگیجه انجام دهید.

دقت کنید که معمولاً در تمام بیماران سمع قلب و ریه و معاینه شکم روزانه انجام می‌شوند و سایر معاینات بسته به نیاز (همانگونه که در بالا شرح داده شد) انجام می‌گردند.

✓ نتیجه‌ی آزمایشات بیمار (*Lab tests*)

بهتر است نتیجه تمام آزمایشات بیمار به ترتیب سیر زمانی نوشته شوند (از قدیمی‌ترین به جدیدترین، جهت فلش به سمت جدیدترین) اما در صورت کمبود وقت می‌توانید فقط آزمایشات جدید (که نوشتن آن الزامی است) را بنویسید و یا تغییرات مربوط به آزمایشاتی که خارج از محدوده‌ی طبیعی هستند را ذکر کنید. مثلاً کراتینین در بیمار با نارسایی حاد کلیه (*ARF*)، هموگلوبین در بیماری که خونریزی گوارشی دارد (*GIB*)، *INR* در بیماری که وارفارین مصرف می‌کند، الکترولیت‌ها در فردی که اسهال دارد و....

بهتر است وضعیت آزمایشات درخواستی در این قسمت با پرسش از پرستار بیمار و یا آزمایشگاه و یا حتی خود بیمار ذکر شوند. مثلاً ممکن است جهت بیمار آزمایش مدفوع درخواست شده باشد و شما با چک کردن سیستمی که جواب آزمایشات در آن قرار داده می‌شود، جواب آزمایش را نیافته و در پروگرس نوت بنویسید نتیجه آزمایش آماده نیست. اما با پرسش از بیمار ممکن است متوجه شوید اصلاً نمونه‌ای از وی برای آزمایش اخذ نشده است. و یا آزمایش مربوط به خون باشد و پرستار ذکر کند که نمونه‌ی اخذ شده ناکافی بوده و نتوانسته برای آزمایش مد نظر شما ارسال کند و امروز ارسال خواهد شد. گاهی ممکن است جهت ادامه تصمیم‌گیری برای بیمار فقط منتظر جواب یک آزمایش باشید که در این مواقع با پرسش از آزمایشگاه و اطلاع از زمان آماده شدن نتیجه‌ی آزمایش، ممکن است بیمار را مرخص کرده و توصیه کنید که بعد از آماده شدن جواب آزمایش، به‌صورت سرپایی به درمانگاه مراجعه کند و با این کار مدت زمان بستری وی را کوتاه‌تر کنید.

اگر آزمایشی در خارج از مرکز (بیمارستانی که بیمار در آن بستری است) انجام شده، بهتر

است به این مسئله اشاره شود. چون در مورد برخی از آزمایشات، به‌علت تفاوت کیت‌های تشخیصی این مورد اهمیت دارد. (مثلاً تیتراژ *BHCG* در بیماری که جهت *Follow up* مول هیداتیفرم یا حاملگی خارج رحمی (*EP*) مراجعه کرده است.)

- ✓ اقدامات و بررسی‌های پاراکلینیکی که جهت بیمار انجام شده همراه با تاریخ و نتیجه‌ی آنها در این قسمت نوشته می‌شود. مثل اکوکاردیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، *MRI* و.....
- ✓ همچنین وضعیت مشاوره‌های درخواستی جهت بیمار و توصیه‌ها و توضیحات سرویس مربوطه نیز در این قسمت ذکر می‌شوند.
- ✓

A: Assessment

کار یک پزشک بی‌شباهت به کار یک کارآگاه نیست. از این نظر که هردو با جمع‌آوری اسناد و شواهد، بدنبال حل یک معما هستند. در قسمت ارزیابی درواقع به‌دنبال حل معما و یافتن علت برای رخدادها هستید.

بطور خلاصه، ارزیابی پزشک از وضعیت بیمار با توجه به مجموع یافته‌ها و اطلاعات حاصل از قسمت‌های قبلی در این قسمت نوشته می‌شود. نگارش این قسمت نشان‌دهنده‌ی سطح سواد پزشک و اشراف وی به جنبه‌های مختلف بیماری است که علاوه بر تسلط بر محتوای علمی، نیازمند آشنایی با شیوه‌های استدلال بالینی و داشتن تفکر استدلالی است. یک ارزیابی یا *assessment* خوب پاسخگوی سؤالات زیر است:

- ✓ تک‌تک علائم و نشانه‌های بیمار که در قسمت *subjective* و *objective* نوشته شده‌اند، چگونه توجیه می‌شوند؟ درواقع علت علائم یا تغییرات علائم را باید بیابید.
- ✓ چه تشخیص افتراقی‌هایی برای این بیمار مطرح می‌باشند؟ تشخیص نهایی بیمار چیست؟
- ✓ چه درمان‌هایی برای وی مناسب می‌باشند و پاسخ بیمار به درمان چگونه بوده است؟ آیا عوارض مربوط به درمان‌های دارویی برای وی ایجاد شده‌اند یا خیر؟
- ✓ تا چه مدت دیگر بیمار باید بستری باشد و چه بررسی‌ها یا اقدامات دیگری جهت

رسیدن به تشخیص نهایی باید انجام شوند؟ و...

✓

P: Plan

به دو قسمت *plan* تشخیصی و *plan* درمانی تقسیم می‌شود.

Plan تشخیصی شامل اقداماتی است که جهت رد یا تأیید تشخیص‌های افتراقی و رسیدن به تشخیص نهایی لازم است انجام شوند از قبیل آزمایشات یا تصویربرداری

Plan درمانی شامل اقداماتی است که جهت درمان بیمار (*cure*[1] یا *treat*[2]) انجام می‌شوند و شامل داروهای تجویزی، رادیوتراپی و... می‌باشد.

E: Education

این قسمت آموزش به بیمار می‌باشد. پروسه‌ی درمان نیازمند همکاری دوجانبه‌ی پزشک و بیمار است. هدف بیمار از مراجعه به پزشک، بهبود وضعیت سلامتی می‌باشد و یکی از وظایف پزشک، راهنمایی بیمار درارابطه با اقداماتی است که در راستای بهبود سلامتی می‌تواند انجام دهد.

مثلاً بیماری که با زخم پای دیابتی بستری است در صورتی که با شیوه‌ی صحیح کوتاه کردن ناخن‌های پا، معاینه‌ی روزانه‌ی پا توسط خودش از نظر هرگونه زخم و خراش، کنترل مناسب قند خون و توصیه‌های تغذیه‌ای آشنا باشد، احتمال اینکه در دیگر انگشتان پا یا در پای دیگر در آینده دچار زخم شود، بسیار کمتر خواهد بود.

یا در بیمار با عمل زانو اگر در مورد زمان راه رفتن و نحوه بستن زانوبند آتل‌دار و ورزش‌هایی که باید به‌تدریج شروع کند و... به وی آموزش داده شود، احتمال اینکه بعد از عمل دچار عوارض شود و یا نیاز به عمل جراحی مجدد پیدا کند کمتر خواهد بود.

بیماری که به علت اختلال الکترولیتی (پتاسیم بالا) قابل ترخیص نیست و نادانسته

---

1. Cure usually refers to **a complete restoration of health**
2. treatment refers to a process that leads to an improvement in health, but may not include the complete elimination of disease

مکرراً از موز و یا گوجه فرنگی و آبمیوه‌های صنعتی که سرشار از پتاسیم می‌باشند استفاده می‌کند، یک آموزش ساده ممکن است دوره‌ی بستری وی را کوتاه‌تر کند.

یا در مورد بیماری‌های عفونی و واگیردار، آموزش نحوه شستن دست‌ها و ضدعفونی کردن وسایل و استفاده از ماسک و... از ابتلای اطرافیان جلوگیری خواهد کرد.

در کل و به‌طور خلاصه، اگر آموزش به‌نحو مطلوب انجام گیرد، در تسریع بهبودی بیمار یا ابتلای مجدد وی می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد و این امر اقدامی با ارزش بالا محسوب می‌شود که در کاهش هزینه‌های سیستم درمانی و بیمار بسیار مؤثر است (*high value & low cost*).

جهت آموزش به بیمار می‌توانید از محتوای بخش *INFORMATION FOR PATIENTS* که در برنامه‌ی *Uptodate* و در پایان هر مطلب گنجانده شده است، استفاده نمایید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز آموزشی، درمانی وتحقیقاتی امام رضا (ع)

برگ سیر بیماری

PROGRESS NOTES SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

امضاء پزشک Signature of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progress	تاریخ Date

شکل۲: نمونه برگ سیرپیشرفت بیماری (پروگرس نوت) موجود در بخش

On and Off

Service note

همانطور که پیش از این آموختید در روز اول بستری بیماران از آنها شرح حال اخذ شده و در روزهای بعدی سیر پیشرفت بیماری آنها یا پروگرس نوت نوشته می‌شود. اما شما به‌عنوان پزشک یا دانشجوی پزشکی لزوماً همیشه از روز اول بستری آن بیمار در بخش حضور نداشته‌اید. ممکن است در بدو ورودتان به یک بخش، پرونده‌ی بیماری به شما محول شود که از ده روز قبل بستری شده و یک شرح حال و چندین پروگرس نوت در پرونده‌ی خود دارد. در چنین شرایطی شما باید پرونده‌ی بیمار را مطالعه نموده و نتایج جمع بندی خود از بیمار مذکور را در قالب *On service note* بنویسید. نوشتن آن نوت سبب می‌شود تا به‌صورت سازمان یافته در جریان اقداماتی که برای بیمار انجام گرفته قرار بگیرید. در روزهای بعدی ویزیت این بیمار (تا روزی که ترخیص شود) به نوشتن پروگرس نوت ادامه خواهید داد.

به‌عبارت دیگر در اولین روز بستری هر بیمار شرح حال وی را می‌نویسید و در اولین روز ویزیتِ بیماری که قبل از ورود شما به بخش مذکور بستری شده، برای او *on note* خواهید نوشت.

و اما *Off service note* هنگامی نوشته می‌شود که دوره‌ی حضور شما در یک بخش تمام شده و در ادامه قرار است پزشک دیگری بیمار شما را ویزیت نماید. در این شرایط نیز به‌منظور تحویل و ارائه‌ی بیمار به همکار بعدی خود، خلاصه‌ای از شرح حال بیمار و علائم و نشانه‌ها و نتیجه اقدامات و ارزیابی‌های انجام شده و مواردی که انتظار دارید تیم درمانی بعدی در رابطه با این بیمار انجام دهند و پیگیری کنند را در قالب آف نوت باید بنویسد. این کار سبب می‌شود تا همکار بعدی به‌صورت دقیق‌تر و با صرف وقت کمتری در جریان بیمار قرار بگیرد. می‌توان نوشتن آف نوت را به منزله‌ی رعایت اصل امانت داری در پزشکی تلقی نمود.

فرمت و قالب کلی *off note* شبیه *on note* می‌باشد.

On & off service note بایستی به ترتیب شامل موارد زیر باشند:

- نام و نام‌خانوادگی بیمار
- تاریخ بستری
- سن و جنس بیمار
- شکایت اصلی
- خلاصه‌ای از شرح حال بیمار
- تشخیص اولیه
- معاینه (نتایج معاینات قبلی که توسط دیگران انجام شده و در پرونده ثبت شده است)
  - آزمایشات (انجام شده قبلی)
- اعمال تشخیصی و درمانی انجام شده
- سیر معالجات (از بستری تاکنون)

تا این مرحله از اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیمار استفاده کرده و بین *on note* و *off note* مشترک می‌باشد.

اما اگر آن نوت می‌نویسید به این صورت ادامه دهید:

- ثبت وضعیت فعلی بیمار (*subjective*: شکایاتی که مریض در حال حاضر ذکر می‌کند و *objective*: نتایج معاینات فعلی بیمار (که توسط خودتان انجام شده است).
- مثال: طی ویزیت امروز بیمار همچنان از درد شکم شاکی است و حالت تهوع از دیروز به تابلو بالینی وی اضافه شده و در معاینه تندرنس ندارد و.... (لزومی به ذکر کلمه‌های *obj*، *sub* نمی‌باشد.)
- لیست مشکلات بیمار (*problem list*)
- ارزیابی شما از بیمار (*assessment*)

- برنامه تشخیصی و درمانی (*plan*)

و اگر آف نوت می‌نویسید به این صورت ادامه دهید:

- لیست مشکلات بیمار (*problem list*)
- ارزیابی شما از بیمار (*assessment*)
- برنامه تشخیصی و درمانی (*plan*) و مواردی که انتظار دارید تیم درمانی بعـدی در رابطه با بیمار مذکور پیگیری کنند.

جهت نوشتن *On & off service note* معمولاً برگه‌های مخصوصی وجود دارد. همچنین می‌توانید در بالای یکی از برگه‌های پروگرس نوت کلمه‌ی «**On** *or Off service note*» را نوشته و طبق ساختار ذکر شده در بالا آن نوت یـا آف نـوت بنویسید.

برگ دستورات پزشک

این برگ توسط پزشک معالج تکمیل می‌گردد. در این برگ تمام دستورات پزشک در هر نوبت ویزیت بیمار با ذکر تاریخ و ساعت ویزیت درج شده و در نهایت پزشک با مهر و امضای خود آن را تأیید می‌نماید و پرستار پس از اصطلاحاً «چک نمودن» این دستورات، آنها را اجرا می‌کند.

✓ تکمیل سربرگ (مشخصات بیمار)

همانند سایر برگ‌های موجود در پرونده ابتدا مشخصات بیمار در سر برگ تکمیل می‌گردد و در صورتی‌که مشخصات از قبل نوشته شده باشد، باید مشخصات نوشته شده با بیمار تطبیق داده شوند. (در نوشتن مشخصات حداقل نام و نام‌خانوادگی بیمار نوشته شود. در موارد نادری ممکن است دو بیمار با تشابه اسمی در یک بخش وجود داشته باشند که در این صورت باید مشخصات تکمیلی‌تر نوشته شوند.)

ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ‌ها (نام و نام‌خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می‌باشد که محتوای برگ را مستند می‌نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ‌ها به عهده منشی بخش می‌باشد.

✓ ثبت زمان

یکی از مسائل بسیار با اهمیت در امر پرونده نویسی ثبت دقیق زمان ویزیت بیمار و زمان درخواست یا انجام اقدامات تشخیصی و درمانی (براساس تاریخ و ساعت و دقیقه) می‌باشد. مکتوبات موجود در پرونده هر بیمار می‌تواند به‌عنوان یک سند معتبر در محاکم قضائی مورد استناد قرار گیرد و تنها اقدامات درمانی برای بیمار انجام شده محسوب می‌گردند که در پرونده بالینی وی ثبت شده باشند و اگر موردی در پرونده بالینی ثبت نشده باشد پذیرفتن آن از طرف

کارشناسان مربوطه (مراجع قانونی) بسیار مشکل می‌باشد لذا همواره به یاد داشته باشید که قبل از نوشتن دستورات تشخیصی ودرمانی، تاریخ و ساعت ویزیت را یادداشت نمایید. ثبت زمان غیر دقیق (تاریخ و ساعتی غیر از تاریخ و ساعتی که دستور را می‌نویسید) امری غیرقانونی و غیراخلاقی است و باید علت آن دقیقا در پرونده مستند شود.

✓ نوشتن order یا دستورات پزشک

یکی از مهمترین توانمندی‌های دانشجویان پزشکی نوشتن *order* برای بیماران بستری می‌باشد. در بیمارستان‌های آموزشی اغلب این مورد بر عهده‌ی دانشجویان مقطع تخصص (رزیدنت‌ها) می‌باشد و در برخی بخش‌ها اینترن اوردر اولیه‌ی بیمار را می‌نویسند. آشنایی با اصول اوردرنویسی برای تمام افرادی که می‌خواهند از اطلاعات موجود در پرونده و اقدامات انجام شده جهت بیمار اطلاع یابند ضروری است.

❖ نکته مهم و قانونی که رعایت آن ضروری می‌باشد، عدم خط خوردگی در دستورات و یا مخدوش نمودن آنها است. در صورتی‌که موردی به اشتباه نوشته شود، بهتر است دور آن یک کادر کشیده و بالای کادر کلمه‌ی *Error* نوشته شود و در سطر جدید، اوردر جدید مدنظر بجای آن اوردر اشتباه نوشته شود. در صورتی‌که اوردر اشتباه را می‌خواهیم خط بزنیم، فقط مجاز هستیم به‌نحوی روی آن خط بکشیم که نوشته‌های زیر آن قابل خواندن باشد و در بالا یا کنار آن نوشتن *error* الزامی است. بدیهی است اعمال این تغییرات فقط تا زمانی مقدور است که پرستار هنوز دستورات (اوردر) را چک یا اجرا نکرده باشد.

مهمترین نکته که در نوشتن دستورات (*order*) بهتر است رعایت شود طبقه‌بندی کردن دستورات پزشکی است. این امر سبب می‌شود تا بسیاری از دستورات ضروری و لازم فراموش نشده و از قلم نیفتند. روش‌های مختلفی به‌منظور طبقه‌بندی دستورات وجود دارد که کلیات آنها یکسان بوده و ارجحیتی نسبت به یکدیگر ندارند و هر پزشک بنا به سلیقه‌ی خود می‌تواند الگویی را انتخاب نماید.

در ادامه به چند نمونه از آنها اشاره می‌کنیم:

ADCA VAN DIMLS (ادکا وَندی ملز)

یکی از راه‌های طبقه‌بندی دستورات استفاده از ***mnemonic*** (یادآور) فوق می‌باشد.

A. Admission time and ward

D. Diagnosis

C. Condition

A. Allergies

V. Vital sign

A. Activity

N. Nursing

D. Diet

I. IV orders

M. Medication orders

L. Laboratory studies

S. Special order

یکی دیگر از راه‌های طبقه‌بندی دستورات استفاده از روشی است که آن را در زیر به‌صورت مبسوط شرح می‌دهیم:

Admission to

نام بخش یا سرویسی که بیمار را می‌خواهید آنجا بستری کنید.

Impression

که در دستوراتِ بدو بستری بیمار، به‌صورت (*imp*) نوشته می‌شود. منظور از *impression* اولین تشخیص احتمالی یا علت بستری بیمار از نظر پزشک بستری‌کننده می‌باشد. ممکن است این تشخیص بعد او در سیر بستری با توجه به اطلاعات بعدی تغییر کند.

Condition

وضعیت بیمار هنگام بستری چگونه است؟ از کلماتی مثل (*Good, Fair*) برای توصیف وضعیت خوب و مطلوب بیمار و از کلماتی مثل (*Bad, Poor, ill, Critical*) برای توصیف وضعیت نامطلوب بیمار هنگام بستری استفاده می‌شود و این توصیف بر اساس ارزیابی پزشک بستری‌کننده (نویسنده *order* اولیه) بیمار می‌باشد.

Activity

پزشک باید تعیین کند که بیمار طی بستری در بخش از نظر تحرک در چه وضعیتی باشد. آیا اجازه راه رفتن یا رفتن به سرویس بهداشتی و... دارد یا خیر؛ به این منظور از اصطلاحات ذیل استفاده می‌شود:

- ✓ *RBR* (*Relative Bed Rest*) یعنی بیمار باید استراحت نسبی در بستر داشته باشد و اجازه دارد که به‌منظور رفتن به سرویس بهداشتی از تخت خود پایین بیاید.
- ✓ *CBR* (*Complete Bed Rest*) یعنی بیمار باید فقط روی تخت خود در بیمارستان باشد و حتی برای رفتن به سرویس بهداشتی نیز حق ندارد از تخت خود پایین بیاید. بیمارانی که در این دسته قرار می‌گیرند شامل: بیماری که کاهش سطح هوشیاری دارد، بیماری که همودینامیک ناپایدار دارد، با خونریزی گوارشی بستری شده، سکته قلبی کرده و....
- ✓ *Free* یعنی بیماری که از نظر تحرک در بخش آزاد است و محدودیتی ندارد.
- ✓ *Ambulate (Amb)* در این شرایط حتماً باید هر چند ساعت یک بار مریض را از تخت پایین آورده و او را مجبور کنیم که در بخش راه برود. مثلاً بیمارانی که نگران عارضه‌ی *DVT (Deep Vein Thrombosis)* در آنها هستیم.
- ✓ در صورت نیاز به مهار فیزیکی بیمار، روش مهار فیزیکی مانند بستن دست‌ها و پاها در این قسمت باید ذکر شود.

پزشک باید با توجه به شرایط بیمار و تشخیص احتمالی اولیه و... یکی از موارد فوق را

انتخاب نماید. اگر نیاز باشد که بیمار حتماً *CBR* شود و پزشک در قسمت *Activity* این مورد را ننویسد، چنانچه بیمار به هر دلیلی از تخت پایین بیاید و بعد از پایین آمدن از تخت دچار مشکلی بشود مثلاً در سرویس بهداشتی مجدداً دچار *(Myocardial Infarction)* *MI* شود، مقصر پزشک می‌باشد! لذا از اهمیت این قسمت غافل نشوید زیرا بار قانونی دارد.

Position

علاوه بر تعیین *activity* ممکن است با توجه به وضعیت بیمار (بیمار قلبی، تروماییو...) نوشتن *position* نیز ضروری باشد. مثال:

Semi sitting position (وضعیت نیمه نشسته): مثلاً در بیماری که نارسایی قلب دارد و دچار ارتوپنه شده است.

بالا بردن سر تخت بیمار با زاویه ۳۰ درجه مثلاً در بیماری که دچار افزایش *ICP* *(intracranial pressure)* شده است.

و...

Diet

برای اینکه وضعیت بیمار طی بستری تحت کنترل و اشراف پزشک معالج باشد، پزشک تعیین می‌کند که بیمار طی بستری در بخش چه نوع رژیم غذایی می‌تواند دریافت نماید. بسته به تشخیص بیماری و علت بستری و وضعیت آزمایشات و... موارد مختلفی در این قسمت نوشته می‌شود. مثال:

NPO (*Non.per.os*): یعنی بیمار از راه دهان اجازه ندارد چیزی بخورد. مثلاً بیمار از چند ساعت قبل از عمل جراحی برای جلوگیری از خطر آسپیراسیون حین عمل این مورد نوشته می‌شود. بسته به ارزیابی و نظر پزشک در شرایط دیگر نیز ممکن است نوشته شود.

Regular: رژیم غذایی معمولی

Liquid Diet (غذای آبکی): که گاهاً به‌صورت «مایعات» نوشته می‌شود.

Low salt/Low fat (غذای کم‌چرب و کم‌نمک): مثلاً در بیماری که هیپرتانسیون و هیپرلیپیدمی دارد.

NG-Tube gavage: در بیماری که به هر دلیلی *NG-Tube* دارد. (مثلاً به‌دلیل عدم توانایی در بلع و خطر آسپیراسیون، کاهش سطح هوشیاری و...). در برخی شرایط لازم است پزشک نوع ماده‌ای که باید گاواژ شود و مقدار و فواصل آن را تعیین نماید.

عبارت رژیم پر پتاسیم در دستورات بیماری که هایپوکالمی دارد نوشته می‌شود. (غذاهای غنی از پتاسیم مثل آب گوجه فرنگی، موز، آجیل‌ها و...)

(V/S) Vital Sign

در این قسمت باید بنویسید که می‌خواهید علائم حیاتی بیمارتان طی بستری با چه فواصل زمانی توسط پرستاران بخش اندازه‌گیری شود. دقت شود که این قسمت برای نوشتن علائم حیاتی بدو بستری نمی‌باشد (علائم حیاتی بدو بستری در برگ شرح حال نوشته می‌شوند)

اگر بیمار شرایط خاصی نداشته و علائم حیاتی وی پایدار باشد معمولاً نوشته می‌شود که طبق روتین بخش علائم حیاتی چک شود (*CVS Routinely*). پرستاران هر بخش برای چک علائم حیاتی روتین‌های خاص خود را دارند. مثلاً هر ۶ ساعت یا... (*CVS=Check Vital Sign*).

اما در بیماری که اطلاع از وضعیت فشار خون یا میزان درجه حرارت بدن حایز اهمیت می‌باشد ممکن است نوشته شود: چک فشارخون یا تب هر ۲ ساعت. که بسته به وضعیت بیمار، فواصل زمانی درخواستی متفاوت خواهد بود. اگر پزشک نگرانی خاصی از وضعیت بیمار دارد می‌تواند در ادامه ذکر کند که تحت چه شرایطی به وی اطلاع داده شود. مثلاً اگر تب بالای ۳۸ درجه داشت اطلاع داده شود و....

پس از نوشتن موارد فوق، (*Admission, Imp, condition, activity (position), diet, v/s*) که اطلاعات کلی در رابطه با بیمار به خواننده *order* می‌دهد، قسمت اصلی دستورات (*order*)

بیمار نوشته می‌شود.

از این به بعد باید دستورات شماره گذاری شوند. (تا امکان اضافه کردن مطلبی در میان دستورات پزشک وجود نداشته باشد.)

دستورات به ۵ دسته (**دستورات: پرستاری، درخواست آزمایشات، درخواست تصویربرداری‌ها، تجویز داروها، انجام مشاوره‌ها**) طبقه‌بندی می‌شوند. در ابتدای دستورات بهتر است کلمه‌ی *please* نوشته شده و در ادامه مواردی که از هر کدام از ۵ دسته‌ی فوق‌الذکر نیاز هست، با ذکر شماره نوشته می‌شوند. (توجه شود که هدف از این دسته‌بندی ۵گانه این است که دستورات بصورت طبقه‌بندی شده و با نظم و الگوی مشخص نوشته شده و چیزی از قلم نیفتد. شماره‌ی هر دسته متفاوت از دسته دیگر نیست و در ادامه‌ی آن نوشته می‌شود مثلاً اگر دستورات مربوط به دسته‌ی *nursing* را تا شماره‌ی ۷ نوشتید، آزمایشات را با شماره‌ی ۸ شروع کنید و....)

حال به شرح این ۵ دسته می‌پردازیم:

➢ ***nursing (N) (دستورات پرستاری)***

یعنی اقداماتی که به‌عنوان پزشک از پرستار می‌خواهید که در رابطه با بیمار انجام دهد. بسته به نوع بیمار این اقدامات متفاوت می‌باشد که در ادامه به ذکر چند نمونه از آنها می‌پردازیم:

- اگر می‌خواهید پرستار برای بیمار رگ بگیرد در این قسمت می‌نویسید: *IV line*. ویژگی‌های خاصی که مدنظر می‌باشد را نیز باید ذکر کنید مثلاً تعداد *IV Line* یا اگر می‌خواهید به بیمار خون تزریق کنید و نیاز به راه وریدی با آنژیوکت سبز یا خاکستری دارید باید در این قسمت ذکر کنید.

فراموش نکنید که تمام بیماران بستری در بیمارستان باید *IV line* داشته باشند.

- اگر بیمار نیاز به سوند فولی یا *NG Tube* دارد در این قسمت نوشته می‌شود. البته در اغلب مراکز آموزشی این کار را دانشجویان مقطع اینترنی انجام می‌دهند که از

طرف پرستاران به آنها اطلاع داده خواهد شد. (NG Tube/ Foley catheter تعبیه شود)

- در صورتی که درخواست چک علائم حیاتی در ابتدای *order* نوشته نشده باشد، باید در این قسمت نوشته شود. که معمولاً به‌صورت «*CVS=Check Vital Sign*» مکتوب می‌شود.
- اگر بیمار نیاز به مونیتورینگ مداوم قلبی یا پالس اکسیمتری دارد در این قسمت نوشته می‌شود.
- اگر بیمار بسته به شرایط، نیاز به چارت تب یا چارت فشار خون یا چارت قند خون و یا چارت *Intake & Output* (*I/O*) دارد در این قسمت ذکر می‌شود.
- اگر بیمار نیاز به ساکشن ترشحات در فواصل معین دارد باید نوشته شود.
- اگر بیمار *CBR* بوده و زخم بستر دارد یکی از مراقبت‌هایی که باید در این قسمت نوشته شود «*Bed Sore Care*» می‌باشد. که در این‌صورت تغییر پوزیشن بیمار طبق پروتکل بخش مربوطه انجام می‌شود.
- در بیماری که احتمال سقوط از تخت را دارد (مثلاً نابینا است) برای جلوگیری از *head trauma* شدن از نظر قانونی یکی از مواردی که باید در *order* نوشته شود، توصیه به بالا بردن طرفین تخت بیمار می‌باشد که به‌صورت *Bilateral Bedside Up* نوشته می‌شود. (گاهاً به‌صورت *BSU* نیز نوشته می‌شود.)
- بیماری که نیاز به همراه ۲۴ ساعته دارد باید در این قسمت ذکر شود تا پرستار بیمار هماهنگی‌های لازم را با خانواده وی انجام دهد.
- اگر بیمار نیاز به اخذ رضایت جهت انجام پروسیجر یا انجام عمل جراحی الکتیو دارد، در این قسمت نوشته می‌شود که رضایت بیمار اخذ شده و ضمیمه‌ی پرونده شود. (در بیمارستان‌های آموزشی این مورد نیز معمولاً بر عهده‌ی دانشجویان پزشکی می‌باشد)

➢ Laboratory test (آزمایشات)

در *Laboratory test* یا به اختصار *Lab* بهتر است آزمایشاتی را که می‌خواهید برای بیمار انجام شود به‌صورت طبقه‌بنده شده بنویسید (بیوشیمی، هماتولوژی، کشت‌ها، سرولوژی و...)

روش دیگر طبقه‌بندی آزمایشات به این صورت است که آزمایشاتی که می‌خواهید در بدو بستری اخذ شوند را در ابتدا نوشته و آزمایشاتی که می‌خواهید طی دوره‌ی بستری بیمار به‌صورت روزانه ارسال شوند را جداگانه بنویسید.

➢ Imaging (تصویربرداری)

تصویربرداری‌های مورد نیاز بیمار از قبیل گرافی ساده (*x-rey*)، سونوگرافی، سی تی اسکن (با و بدون کنتراست)، *MRI*، اکوکاردیوگرافی و... در این قسمت نوشته می‌شود.

➢ Drugs (داروها)

در این قسمت نیز داروهای خوراکی و یا تزریقی بهتر است جداگانه نوشته شوند.

در مورد هر دارو باید موارد ۵ گانه‌ی زیر رعایت شوند:

۱. **نام دارو**

۲. **شکل دارویی** (آمپول، قرص، شیاف، اسپری، شربت و...)

۳. **دوز (مقدار) دارو**

۴. **روش مصرف** (خوراکی، عضلانی، وریدی و...)

۵. **فواصل مصرف**

✓ از به‌کار بردن علائم اختصاری در نام داروها جهت پیشگیری از خطاهای ناشی از تشابه اسمی میان داروها خودداری کنید. مثلاً اگر قصد تجویز مورفین سولفات را دارید، از *ms* که اختصار این دارو می‌باشد، استفاده نکنید و نام کامل دارو را

بنویسید.

✓ بخشی از نام دارو که ممکن است اشتباه خوانده شود بهتر است با حروف بزرگ نوشته شود.

✓ در جداکردن اعداد اعشاری به جای ممیز (/) از نقطه (.) استفاده نکنید. زیرا خطر اینکه اشتباه خوانده شده و بیمار دارو را با دوز ده برابر بگیرد وجود دارد.

در دوز داروهایی که به‌صورت اعشاری نوشته می‌شوند هیچگاه نوشتن عدد ۰ قبل از نقطه ممیز را فراموش نکنید در غیر اینصورت ممکن است دوز ده برابر به بیمار تزریق شود. به‌عنوان مثال عدد $0.3\ mg$ نباید به‌صورت $.3\ mg$ نوشته شود. (استفاده از ممیز به‌جای نقطه احتمال خطا را کمتر می‌کند.)

✓ ترکیب چند قلم دارویی برای ساخت یک داروی ترکیبی داخل علامت {} نوشته می‌شود.

◄ مشاوره ها

در صورتی‌که پزشک معالج در سیر رسیدگی به بیمار نیاز به راهنمایی سایر سرویس‌ها (غیر از سرویسی یا بخشی که بیمار در آنجا بستری است) داشته باشد، باید درخواست مشاوره دهد. جهت انجام مشاوره، علاوه بر تکمیل برگه مشاوره (که نحوه‌ی تکمیل آن در قسمت مربوطه توضیح داده خواهد شد)، در قسمت دستورات نیز باید نام سرویسی را که درخواست مشاوره با آن دارید نوشته و اورژانسی یا غیراورژانسی بودن آن را تعیین کنید. گاهی در برگه‌ی دستورات به‌علت درخواست مشاوره نیز اشاره می‌گردد اما توضیحات تفصیلی در این‌خصوص در برگه مشاوره نوشته می‌شود.

▪ سایر درخواست‌هایی که در دسته‌بندی فوق ذکر نشده‌اند و ممکن است در شرایط خاص و برای بیماران خاصی نوشته شوند در ادامه نوشته می‌شوند.

جهت آشنایی بیشتر با دستورات پزشکی (*order*) آشنایی با اصطلاحات زیر ضروری می‌باشد.

❖ اشکال دارویی

شکل دارو به اختصار	شکل دارویی به انگلیسی	شکل دارویی به فارسی
Tab	Tablet	قرص
Syp / Syrp	Syrup	شربت
Susp	Suspension	سوسپانسیون
Supp	Suppository	شیاف
Eff.Tab	Effervescent tablet	قرص جوشان
Amp	Ampoule	آمپول
	Vial	ویال
Cap	Capsule	کپسول
Oint	Ointment / Pomade	پماد
	Lotion	لوسیون
	Cream	کرم
	Oil	روغن
Gtt	Drop / guttate	قطره
Opht. Drop	Ophtalmic drop Eye drop	قطره چشمی
	Nasal drop	قطره بینی
	Caplet	قرص دراز پوشش دار/محتویات جامد مثل سفکسیم
	Pearl	نوعی کپسول شفاف که محتویات داخلش دیده میشه/ شبیه مروارید مثل ویتامین D
Neb	Nebulizer	نبولایزر
	Gel	ژل

اسپری	Spray	
اسپری استنشاقی	Inhaler	Inh
سرم	Serum Intera venus fluid	IVF

❖ راه‌های تجویز دارو

IM	Intra muscular	داخل عضلانی
IV	Intra venous	داخل وریدی
ID	Intra dermal	داخل پوستی
SC	Subcutaneous	زیر جلدی
IT	Intrathecal	داخل نخاعی
IT	Intratracheal	داخل تراشه
PO	(by mouth) Per Oral	خوراکی از راه دهان
	Enema	انما
	Rectal	از راه مقعد
	Buccal	از راه مخاط بوکال/گونه‌ها
	Transdermal	از سطح پوست
	Sublingual	زیر زبانی
	Nasal	از راه بینی

❖ اصلاحات دیگری که باید با آنها آشنایی داشته باشید:

Abbreviation	معنی	توضیحات	لاتین
H	ساعت	Hour	Hora
Q	هر	Every	Quaque
QD	روزانه	Daily	Quaque Die
QOD	یک روز در میان	every other day	Quaque Altera Die
BID / BD	دو بار در روز	twice a day	Bis In Die
TID / TDS	سه بار در روز	three times a day	Ter Die Sumendum
QID	چهار بار در روز	four times a day	Quarter In Die
QHS	هر شب قبل از خواب	every night at bed time	Quaque Hora Somni
Hs	هنگام خواب	at bed time	Hora Somni
Q8H	هر ۸ ساعت	every 8 hours	Quaque Octava Hora
Q6H	هر ۶ ساعت	every 6 hours	Quaque Sexta Hora
Q4H	هر ۴ ساعت	every 4 hours	Quaque Quarta Hora
Stat	فقط یک بار / فورا	just once/ immediately/ now	Statim
PRN	در صورت نیاز/ لزوم	as needed	Pro Re Nata
Q15M	هر یک ربع	every 15 minute	
DC	قطع دارو / حذف دارو از کاردکس	Discontinue	
Hold	قطع موقت دارو / عدم حذف دارو از کاردکس		
RPO	تکرار دستورات قبلی	Repeat Previous Order	

چند نکته:

TDS با *Q8H* متفاوت است؛ در *Q8H* دارو حتماً باید هر ۸ ساعت مصرف شود اما در *TDS* این الزام ساعتی وجود ندارد و تعداد دفعات مصرف مهم است که ۳ بار در روز باشد و به همین ترتیب *BID* با *Q12H* متفاوت است و....

هنگامی که *PRN* در جلوی دستوری نوشته می‌شود حتماً باید شرایطی را که می‌توان در صورت نیاز آن *order* را اجرا نمود توضیح داد و تعیین نمود که چند بار و با چه فواصلی آن دستور قابل تکرار می‌باشد. در کل بهتر است تا حدامکان از *PRN* استفاده نشود و در صورتی‌که بیمار مشکل جدیدی داشت مجدد ویزیت شود.

Stat در جلوی هر دستوری که نوشته شود به معنی این است که آن دستور سریعاً و فقط یک بار برای بیمار انجام شود.

هنگامی که می‌خواهید دارویی را که قبلاً نوشته‌اید به‌طور موقت قطع نمایید جلوی آن دستور عبارت *Hold* را بنویسید. در این حالت نام آن دارو از کاردکس بیمار پاک نشده و در صورت لزوم و شروع مجدد دوباره *order* می‌شود.

هنگامی که می‌خواهید دستوری را که قبلاً نوشته‌اید به‌طور کامل حذف نمایید یا از پرستار بخواهید که سوند و *NG* بیمار را خارج کند، کنار آن دستور عبارت *DC* را باید بنویسید.

در ویزیت‌های بعدی بیمار که دستورات جدیدی اضافه می‌شوند، باید تمام دستورات قبلی مجدداً نوشته شوند یا به اصطلاح *re-order* شوند. به علت وقت گیر بودن این روند پزشکان اجازه دارند از عبارت (*RPO* (*Repeat Previous Order* استفاده کنند که بدین معناست که تمام دستورات قبلی به قوت خود باقی می‌باشند و در صورت عدم نوشتن این عبارت تمام دستورات قبلی بی‌اعتبار خواهند بود و پرستار می‌تواند آنها را اجرا نکند. به‌منظور جلوگیری از ایجاد خطاهای پزشکی در صورتی‌که به پایان برگه‌ی دستورات رسیدید و دیگر جایی برای نوشتن وجود نداشته و می‌خواهید از برگه‌ی جدید استفاده کنید، بایستی تمام دستورات قبلی را *re-order* کنید.

پس به یاد داشته باشید که در هر بار ویزیت بیمار و نوشتن دستورات، یا باید تمام

دستورات قبلی را «*re-order*» کنید و یا عبارت *RPO* را بنویسید.

پزشک باید در انتهای دستورات با کشیدن یک خط آنها را ببندد تا دستور دیگری (احیاناً توسط فرد دیگری) اضافه نشود. هر چند احتمال چنین رخدادی بسیار پایین است اما رعایت جوانب احتیاط شرط عقل می‌باشد. در صورتی‌که این نکته توسط پزشک رعایت نشود، انتهای دستورات می‌بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) با کشیدن یک خط بسته شود.

مهر و امضای پزشک در پایان دستورات الزامی است.

پرستاران محترم بایستی دستورات پزشک را در اسرع وقت بررسی نموده و علامت ✓ را در کنار شماره دستورات پزشک گذاشته و به‌صورت بالعکس از انتها به سمت بالا و در قسمت مقابل شماره بزنند و این دستورات را حین چک کردن وارد کاردکس و کارت دارویی بیمار نمایند. در قسمت انتهای دستورات باید تاریخ، ساعت و تعداد موارد چک شده ثبت شده و نام و امضا و مهر پرستاری خود را درج کرده و سپس با کشیدن یک خط انتهای دستورات را ببندند. پرستاران برای این منظور معمولاً از خودکار قرمز استفاده می‌نمایند.

تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند اما مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستورات پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تأمین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده، از قاعده رنگ خودکار مستثنی می‌باشد.

دستورات تلفنی (*Tel Orders*) بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شوند. متن دستور تلفنی باید کلمه به کلمه طبق گفته‌ی پزشک ثبت شود و پزشک دستوردهنده باید در اسرع وقت (حداکثر تا ۲۴ ساعت) به‌صورت حضوری دستور خود را مهر و امضا نماید.

در شرایطی که اینترن یا رزیدنت طی تماس تلفنی با پزشک معالج دستورات را می‌نویسند باید در ابتدا نوشته شود: «طی تماس تلفنی با (نام استاد مربوطه) و شرح وضعیت بیمار به‌صورت...، لطفا دستورات زیر انجام شوند».

لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا، توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تأیید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به‌صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تأیید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (*re-order*) یا تأیید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه «دستورات پزشک مشاور مورد تایید می‌باشد» قابل انجام و اجراست. در بیمارستان‌های آموزشی معمولاً اینترن‌ها زیر نظر رزیدنت مربوطه دستورات پزشک مشاور را در برگه دستورات پرونده *re-order* می‌کنند.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز آموزشی، درمانی وتحقیقاتی امام رضا (ع)

برگ دستورات پزشک

PHYSICAN'S ORDER SHEET

شماره پرونده: Unit No:

نام خانوادگی: Family Name	نام: Name	بخش: Ward	پزشک معالج: Attending Physician
نام پدر: Father Name	تاریخ تولد: Date of Birth	اتاق: Room	تاریخ پذیرش: Date of Admission
		تخت: Bed	

تاریخ Date	ساعت Time	دستورات Orders	امضاء پزشک Signature of Physician	امضاء پرستار Signature of Nurses

برگ دستورات پزشک

شکل ۳: نمونه برگ دستورات پزشک موجود در بخش

برگ مشاوره

گاهی شرایط بیمار اقتضا می‌کند که از سایر رشته‌های تخصصی درخواست مشورت کرده و از مشاوره‌های آنان جهت تکمیل روند تشخیص یا درمان بیمار بهره جویید. برگه مشاوره جهت اعلام این درخواست می‌باشد. این برگه در دو نسخه تکمیل می‌گردد (با گذاشتن کاربن). یک نسخه در پرونده بیمار باقی‌مانده و نسخه‌ی دیگر توسط منشی گروه به پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است، تحویل داده می‌شود. درخواست مشاوره توسط اتندینگ یا رزیدنت‌ها صورت می‌گیرد ولی برگه‌ی آن معمولاً توسط اینترن بخش نوشته می‌شود. با توجه به اینکه مشاوره در هر روز توسط پزشک آنکال یا رزیدنت همان روز انجام می‌شود، معمولاً درقسمت «در خواست مشاوره با» نام سرویس مورد مشاوره (مثلاً سرویس مغز و اعصاب) بدون قید نام پزشک نوشته می‌شود؛ مگر اینکه حتماً قصد مشاوره با فرد خاصی در میان باشد که در این حالت ذکر نام پزشک مدنظر ضروری است.

برگه مشاوره بایستی به ترتیب شامل موارد زیر باشد:

- مشخصات بیمار شامل نام و نام‌خانوادگی، بخش بستری، تاریخ بستری و شماره تخت
- نام سرویس تخصصی یا فوق تخصصی درخواست‌کننده‌ی مشاوره
- نام سرویس تخصصی یا فوق تخصصی مورد مشاوره
- تاریخ و ساعت دقیق نگارش مشاوره
- نوع مشاوره: اورژانس (*Emergency*) یا غیراورژانس (*Non emergency*) بودن مشاوره باید مشخص گردد.
- متن مشاوره: خلاصه‌ای از شرح حال بیمار و سیر بیماری و بیماری‌های زمینه‌ای مرتبط و هم‌چنین نتایج پاراکلینیکی مرتبط با مشاوره را نوشته و از ذکر جملات مبهم و کلی باید اجتناب گردد. مثلاً در بیمار دچار کم‌خونی که مشاوره خون

درخواست شده است نوشته می‌شود: لطفاً بیمار را از نظر علت آنمی و اقـدامات لازم درمانی مشاوره فرمائید؛ **نه اینکه** لطفاً بیمار را از نظر هماتولوژی ویزیت فرمائید.

همچنین برنامه درمانی مرتبط با مشاوره باید مشخص شـود. مـثلاً در مشـاوره‌هایی کـه جهت ویزیت قبل از جراحی درخواست می‌شوند، نوع جراحی باید مشخص شود. در پایان متن مشاوره باید علت درخواست مشاوره و هدف نهایی از مشاوره مشخص شود.

- مهر و امضای پزشک درخواست‌کننده

نکات تکمیلی:

✓ کلیه‌ی مشاوره‌هایی که توسط دستیاران پاسخ داده می‌شوند، باید زیر نظـر مسـتقیم اعضای هیأت علمی انجام شوند.

✓ مشاوره‌های فوری و اورژانس باید توسط دسـتیار درخواسـت‌کننده پیگیـری شـده و مستقیماً به دستیار مشاور اطلاع داده شوند.

✓ مشاوره‌ها باید توسط دستیاران سال سوم یا بالاتر انجام شوند ولـی جهـت آمـوزش، دستیاران سال پایین نیز ممکن است حضور داشته باشند (طبق روال بخش مربوطه).

✓ مشاوره‌های اورژانس به‌طور فوری و مشاوره‌های غیراورژانس باید حـداکثر طـی ۱۲ ساعت پاسخ داده شوند.

✓ کلیه‌ی مشاوره‌های نیازمند پیگیـری بایـد توسـط سـرویس مشـاور دنبـال شـوند و به‌خصوص مشاوره‌های اورژانس باید به شیفت بعد سرویس مشاور سپرده شوند.

✓ درخواست و پاسخ مشاوره باید خوانا و دقیق نوشته شود.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:	دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center:	مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

مرکز آموزشی ودرمانی وتحقیقاتی امام رضا (ع)

برگه درخواست مشاوره
CONSULTATION REQUEST SHEET

File No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: / Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:

Date of Request: تاریخ درخواست: / Time: ساعت درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:
Kind of Consultation: نوع مشاوره: Non emergency غیر اورژانسی ☐ / Emergency اورژانسی ☐ / Urgent فوری ☐	Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده:
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:	
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:	
Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):	
Date: تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء:

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور

برگه درخواست مشاوره

شکل ۴: نمونه برگ مشاوره موجود در بخش

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه از جمله مفاهیم اساسی در حیطه‌ی اخلاق پزشکی و جزو حقوق اصلی بیماران می باشد؛ بطوریکه تنظیم آگاهانه‌ی آن قبل از آغاز هر فعالیت تشخیصی و یا درمانی، منجر به کسب نتایج مثبت اخلاقی و بالینی خواهد شد. رضایت آگاهانه درواقع فرآیندی است که طی آن بیمار یا نماینده‌ی قانونی وی، طرح درمانی را درک کرده و سپس موافقت خود را با آن بصورت شفاهی و کتبی اعلام می کند. رضایت و آگاهی دو عنصر مهم در رضایت آگاهانه می‌باشند و فلسفه‌ی وجود این برگه در پرونده های پزشکی، رعایت استقلال و خودمختاری بیمار است.

شش شرط لازم جهت تنظیم رضایت آگاهانه شامل موارد زیر می باشد:

۱. در اختیار گذاشتن اطلاعات

۲. درک کردن

۳. داوطلبانه بودن

۴. صلاحیت تصمیم‌گیری

۵. امضای فرم رضایت‌نامه (یا اعلام رضایت شفاهی)

۶. نحوه‌ی تعامل و ارتباط بین پزشک و بیمار

محققی بنام *Daugherty* از بررسی مقالات متعدد نتیجه گرفت که بین آنچه به بیماران گفته می‌شود، آنچه آنها فکر می کنند که درک کرده‌اند و آنچه واقعاً درک کرده‌اند تفاوت زیادی وجود دارد. وی معتقد است که در اختیار نگذاشتن اطلاعات

کافی هنگام اخذ رضایت‌نامه از جمله دلایل تناقض بین میزان درک واقعی و انتظارات بیمار است. نتایج حاصل از یک تحقیق نشان می دهد که اکثر رضایت‌دهندگان بیان داشته‌اند که محتوای رضایت‌نامه برای آنها قابل درک نبوده و هیچ توضیحی در مورد اطلاعات ثبت شده در برگه هنگام امضای آن دریافت نکرده اند.

بنابراین ارائه‌ی اطلاعات باید بصورتی باشد که برای بیمار قابل فهم بوده و بدون اعمال نفوذ و توصیه‌های شخصی باشد. به عبارت دیگر، پزشکان باید در کلیه فرایندهای پزشکی، تشخیصی و درمانی اطلاعاتی را که در تصمیم گیری بیمار تاثیرگذار خواهند بود به او عرضه کنند زیرا تنها با دسترسی بیمار به این‌گونه اطلاعات است که می توان ادعا کرد بیمار از فرایند درمان، رضایت آگاهانه دارد. هنگام انتقال اطلاعات به بیمار درخصوص بیماری، روش درمانی و سایر مسایل مرتبط با بیماران تا حد ممکن نباید از لغات نامفهوم به ویژه اصطلاحات پزشکی غیر فارسی استفاده شود و درموارد لازم می توان اطلاعات را با یکی از همراهان بیمار که احتمالا توانایی درک آن اطلاعات و انتقال آنها به بیمار را دارد درمیان گذاشت. هم چنین ارزیابی صلاحیت تصمیم گیری بیمار هنگام اخذ رضایت آگاهانه ضروری می باشد. صلاحیت تصمیم گیری عبارت است از ظرفیت فرد برای انجام دادن عملی که نیازمند تصمیم‌گیری در زمان مشخص و تحت شرایط معین است. صاحب‌نظران معتقدند قدرت حافظه، نحوه قضاوت، مهارت‌های زبانی (قدرت بیان)، محاسبه و توانایی ارتباط عواملی هستند که سطح صلاحیت تصمیم گیری فرد را نشان می دهند. این توانایی ها به دلایل گوناگون ممکن است تغییر کنند. همچنین عواملی وجود دارند که می‌توان از آنها به‌عنوان نشانه‌هایی برای ارزیابی دقیق‌تر صلاحیت بیمار استفاده کرد مانند داشتن بیماری‌هایی که بر توانایی تصمیم‌گیری تأثیر می گذارند مثل افسردگی، اسکیزوفرنی، زوال عقل، هذیان، سوءمصرف مواد و مانیا، امتناع از درمان استاندارد و مناسب، تغییر مداوم تصمیم، رفتارهای گسسته و ناهماهنگ و تغییر مداوم در فعالیت ذهنی و احساسی بیمار از این جمله است. چنانچه فردی صلاحیت اعلام رضایت در مورد معالجات پزشکی را نداشته باشد،

فقط افراد مجاز به اعلام رضایت (ولی یا قیم) و دادگاه یا مقامی که به موجب قانون دارای اختیار است، می‌توانند رضایت دهند.

دستورالعمل نوشتن برگه رضایت آگاهانه:

همان‌طور که پیش از این گفته شد، برگه‌ی رضایت آگاهانه برگه‌ای است که پیش از هرگونه اعمال جراحی و اقدامات تهاجمی در پروسه‌ی تشخیص و یا درمان بیمار و پس از ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار و اطمینان از تفهیم کامل آنها به بیمار یا ولی قانونی او با آگاهی کافی و اختیار کامل تکمیل و امضا می‌شود. شوند .

مشخصات بیماری که پروسیجر بر روی او انجام خواهد گرفت باید بعد از احراز هویت، بصورت صحیح و کامل تکمیل شود.

نام و نام خانوادگی و سمت انجام دهنده عمل/اقدام: در این قسمت مشخصات فردی که قرار است پروسیجر را انجام دهد نوشته می‌شود. تشخیص یا مشکل اصلی و درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل باید با زبان ساده توضیح داده شود.

روش عمل/اقدام: در این قسمت روش انجام پروسیجر پیشنهادی توسط فرد انجام‌دهنده به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او ثبت می‌شود.

مزایا: در این قسمت کلیه‌ی مزایای انجام پروسیجر از قبیل کاهش درد، پیشگیری از عوارض دیگر، کاهش مرگ و میر، کاهش مدت بستری، هزینه کم و... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او، بعد از تفهیم ثبت می‌شود.

معایب: در این قسمت کلیه‌ی معایب انجام پروسیجر به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او، بعد از تفهیم ثبت می‌شود.

روش‌های جایگزین: در این قسمت درصورت وجود روش‌های جایگزین (به هر تعداد) برای روش پیشنهادی، بعد از تفهیم به بیمار یا ولی قانونی او ثبت می‌شود. مثال: جراحی باز یا جراحی با لاپاراسکوپی.

روش انتخابی توسط بیمار یا ولی بیمار: در این قسمت روش انتخابی توسط بیمار یا ولی قانونی او از بین روش پیشنهادی و روش‌های جایگزین ثبت می‌شود. انتخاب روش توسط بیمار یا ولی او باید کاملاً آگاهانه و بدون هیچ اجباری باشد.

رضایت آگاهانه باید از خود بیمار اخذ شود مگر در افراد زیر ۱۸ سال که رضایت آگاهانه در این افراد از از ولی قانونی(پدر_جد پدری) آنها اخذ خواهد شد. همچنین در افراد بالغی که بنا به عللی صلاحیت تصمیم گیری را ندارند، رضایت آگاهانه از ولی قانونی آنها اخذ می شود .
در مواردی که اقدام با خطر بالا همراه است، می‌توان از بستگان و آشنایان بیمار بعنوان شاهد امضا و اثر انگشت اخذ نمود اما در سایر موارد نیازی به وجود شاهد در رضایت آگاهانه نمی باشد .
در صورتیکه بیمار یا ولی قانونی او رضایت به انجام پروسیجر نداشتند، بند عدم رضایت تکمیل شده و از بیمار یا ولی او امضا و اثر انگشت اخذ می‌گردد .
تاریخ و ساعت دقیق اخذ رضایت باید ثبت شوند .
هم چنین باید به بیمار یا ولی قانونی او توضیح داده شود که در هرزمانی قبل از انجام پروسیجر حق دارند تا در خصوص رضایت یا عدم رضایت به انجام پروسیجر تجدید نظر نمایند .

برگه رضایت آگاهانه حداقل در دو نسخه تنظیم می‌شود که یک نسخه از آن در بیمارستان جهت ارائه به مراجع ذی صلاح در صورت شکایت بیمار بایگانی می گردد.
دقت شود که طبق قانون، اخذ رضایت از بیماران در وضعیت‌های تهدیدکننده‌ی حیات (اورژانس) و اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

بطور کلی هنگام اخذ رضایت آگاهانه لازم است موارد زیر به بیمار تفهیم گردد:

- تشخیص یا مشکل اصلی
- درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
- نحوه درمان
- خطرات توأم با درمان
- عوارض و همچنین منافع ناشی از روش درمانی
- روش‌های درمانی جایگزین
- اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار

- نام، سمت، صلاحیت فنی کادر ارائه‌کننده مراقبت و درمان
- هزینه‌های اقدام مدنظر یا داروهای موردنیاز

نکات تکمیلی رضایت آگاهانه:

- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۶۰ روز می باشد.
- هر لحظه‌ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
- عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار یا ولی او رضایت آگاهانه‌ی مربوط به آن مداخله را اخذ نمود.
- از بیمارانی که تحت برنامه‌های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فرز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی می‌باشند، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت که این رضایت‌نامه به مدت یک‌سال اعتبار خواهد داشت: ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند/ بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.
- پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل یا حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارند.
- بیمارستان بایستی لیست اقدامات تهاجمی را بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته تعیین نماید.

موارد قانونی قابل استناد:

ماده ۴۹۵ – هر گاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد، موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است؛ مگر آنکه معالجه‌ی او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه، برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود. چنانچه أخذ برائت از مریض به‌دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به‌دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود.

تبصره ۱- در صورت عدم تقصیر یا قصور پزشک در علم و عمل، برای وی ضمان وجود ندارد؛ هر چند برائت أخذ نکرده باشد.
تبصره ۲- ولیّ بیمار اعم است از ولی خاص مانند پدر و جد پدری و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه، به اعطای برائت به پزشک اقدام می نماید.
ماده ۴۹۶- پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) عمل نماید.
ماده ۴۹۷- در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

شماره پرونده:
Unit No:

مرکز آموزشی، درمانی وتحقیقاتی امام رضا (ع)

برگ رضایت آگاهانه

سابقه بستری شدن: Former Record
دارد Present ندارد None
دفعات بستری:

نام خانوادگی: Family Name	نام: Name	نام پدر: Father Name	جنس: sex مذکر ☐ M مونث ☐ F	وضعیت تاهل Marital status متاهل ☐ Married مجرد ☐ Single	کد ملی: ID No
تاریخ تولد: Date of Birth	محل تولد: Place of Birth	محل صدور شناسنامه Place of ID	مذهب Religion	شغل Occupation	محل کار: Place of Work

نوع ورود: اورژانس ☐ الکتیو ☐ درمانگاه ☐

آدرس و تلفن: Address & Phone Number

نام و نام خانوادگی و سمت انجام دهنده عمل/اقدام:

روش عمل/اقدام:

مزایا:

معایب:

روشهای جایگزین:

مزایا:

معایب:

عوارض عدم درمان:

در صورت استمرار درمان(هزینه درمانی):

روش انتخابی توسط بیمار یا ولی بیمار:

اینجانب بیمار .... یا ولی/ قیم قانونی بیمار..................... بعد از توضیحات کامل در مورد روش عمل / اقدام و تفهیم کامل ، به صورت آگاهانه اجازه انجام این روش عمل/اقدام را می دهم.

امضاء و اثر انگشت بیمار/ ولی بیمار :
....

نام و نام خانوادگی بیمار : امضاء و اثرانگشت..................... نام و نام خانوادگی ولی/ قیم بیمار: امضاء و اثرانگشت.....................

نام و نام خانوادگی شاهد: امضاء و اثرانگشت .... نام، نام خانوادگی و سمت رضایت گیرنده: امضاء و مهر ....

اینجانب بیمار..................... یا ولی/ قیم قانونی بیمار .... بعد از توضیحات کامل در مورد روش عمل / اقدام و تفهیم کامل به صورت آگاهانه اجازه انجام این روش عمل/اقدام را نمی دهم.

امضاء و اثر انگشت:......

تاریخ و ساعت اخذ رضایت:.....................

نسخه پرونده: ☐ نسخه پزشک معالج: ☐

شکل۵: نمونه برگه رضایت آگاهانه موجود در بخش

خلاصه پرونده

این برگه در روز ترخیص هر بیمار از بیمارستان نوشته می‌شود کـه خلاصـه‌ای از شـرح حال، تشخیص، آزمایشات و اقدامات تشخیصی و درمانی و... می‌باشد. اهمیت برگـه خلاصـه پرونده در این است که این برگه حاوی سوابق و اطلاعات بستری بیمارستانی بیمـار می‌باشـد که در هنگام پیگیری (*follow up*) های بعدی وی در درمانگاه یا مطب و یا بسـتری‌های بعدی در بیمارستان و... به پزشک مربوطـه در شـناخت بهتـر سـوابق پزشـکی بیمـار، علـت بستری(های) قبلی و آگاهی دقیق‌تر از مداخلات قبلی صورت گرفته برای بیمار کمک می‌کند. همچنین این فرم به عنوان مدرک مسـتندی در پاسـخ بـه مراجع و مؤسسـات مجـاز نظیـر شرکت‌های بیمه و مراجع قضایی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

یک خلاصه پرونده‌ی خوب باید علاوه بر خوش خط و خوانا بودن، مختصر باشد و تمام مطالب مهم مربوط به روند تشخیص و درمان بیماری بدون ذکر حواشی و مطالب غیرضروری در آن گنجانده شده باشد و همچنین تکلیف بیمار پس از ترخیص و نحوه‌ی پیگیری وی باید در آن مشخص شده باشد.

خلاصه پرونده معمولاً در دو برگ نوشته می‌شود (همراه با گذاشتن کاربن) و برگه اصلی در بایگانی بیمارستان همراه با پرونده‌ی بیمار نگهداری شده و برگ دوم به بیمار تحویل داده می‌شود. در برخی بخش‌ها خلاصه پرونده‌ها تایپ شده و از آنها پرینت گرفته می‌شود.

لازم است که به بیماران توضیح داده شود که در حفظ و نگهداری این برگه دقت نمایند (حتی برای سال‌های بعد) و در هر مراجعه پزشکی این برگه را به همراه داشته باشند تا پزشک مربوطه بتواند از سوابق پزشکی بیمار آگاه شود.

مواردی که باید در خلاصه پرونده نوشته شوند (به ترتیب مـوارد نوشـته شـده در برگـه

خلاصه پرونده‌ی بیمارستانی):

A. اطلاعات بیمار: که در برگه‌ی استاندارد خلاصه پرونده، عناوین آن در سربرگ نوشته شده است. این قسمت شامل: شماره پرونده، نام و نام‌خانوادگی، نام پدر، جنسیت، تاریخ تولد، وضعیت تأهل، شغل، نام بخش بستری، اتاق و شماره‌ی تخت، نام پزشک معالج، تاریخ پذیرش و تاریخ ترخیص، آدرس و شماره تلفن بیمار می‌باشد.

معمولاً علاوه بر تکمیل اطلاعات فوق، چسباندن *label* (برچسب) مربوط به بیمار نیز در این صفحه الزامی است. برچسب حاوی اطلاعات بیمار از جمله شماره پرونده و تاریخ بستری و کد بیمار به‌صورت تایپی (که معمولاً داخل پرونده موجود است) می‌باشد.

البته این قسمت (اطلاعات بیمار) قبل از ارسال پرونده‌ی بیمار به قسمت ترخیص معمولاً توسط منشی هر بخش بررسی شده و نواقص آن تکمیل می‌گردد اما بهتر است جهت پیشگیری از بروز هرگونه خطای احتمالی در خصوص اطلاعات بیمار، این قسمت را با دقت تکمیل نمایید.

B. شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه: سن و جنس بیمار، شکایت اصلی، خلاصه‌ای مختصر از هرگونه بیماری همراه، مهم‌ترین علائم و نشانه‌ها در مدت بستری و تشخیص اولیه در این قسمت نوشته می‌شوند.

مثال:

۱) بیمار آقای ۴۵ ساله که با شکایت اصلی درد شکم مراجعه و با تشخیص اولیه پانکراتیت بستری شد.

۲) بیمار دختر بچه ۱۲ ساله با شکایت اصلی درد شکم مراجعه کرده بود و در بررسی‌های اولیه $BS=380$ و کتون مثبت داشته و با تشخیص اولیه کتواسیدوز دیابتی بستری گردید. بیمار مورد شناخته شده دیابت نوع ۱ از ۵ سال قبل و تحت درمان با انسولین بوده است.

C. تشخیص نهایی: تشخیص نهایی پزشک معالج در پایان دوره‌ی مراقبت درمانی

به‌عنوان تشخیص نهایی در قالب عبارت (عبارات) تشخیصی نوشته می‌شود تشخیص‌نویسی اصولی دارد که آشنایی دقیق پزشکان با این مقوله بسیار حائز اهمیت است.

ثبت ناقص تشخیص نهایی توسط پزشکان یکی از مشکلات مهم مستندسازی اطلاعات پزشکی است که از آنها در مقاصدی چون تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی و گاهی ارزشیابی گروه‌های بیمارستانی استفاده می‌گردد. در ادامه به این مهم نیز خواهیم پرداخت.

چند نکته:

گاهی ممکن است تشخیص اولیه بیمار مشخص نبوده و بیمار جهت بررسی‌های تشخیصی یا رد کردن (Rule out: R/O) یک تشخیص بستری شده باشد در این حالت نوشته می‌شود که بیمار جهت R/O فلان تشخیص بستری شده بود؛ و پس از بررسی‌ها و معاینات، اگر در پایان دوره مراقبت درمانی و هنگام ترخیص، آن تشخیص توسط پزشک رد شده باشد، در قسمت تشخیص نهایی باید نوشته شود که فلان تشخیص Ruled out گردید.

اگر واژه‌ی «*Questionable / Suspecte*» در ابتدا یا انتهای یک عبارت تشخیصی استفاده شده باشد، بدین معناست که آن تشخیص، احتمالی و مشکوک می‌باشد.

اگر پزشک به تشخیص نرسیده باشد اما قادر به تبیین نشانه‌ها (Symptoms) و علائم باشد، آنگاه تشخیص او باید به‌عنوان «تشخیص نامعلوم» بیان گردد و در این حالت یکی از عبارات زیر را نوشته و در ادامه‌ی آن، نشانه‌ها و علایم نوشته می‌شوند.

Undiagnosed disease manifested by ...

یا

Unspecified cause of...

یا

Unknown cause of ...

D. اقدامات درمانی و اعمال جراحی: اقدامات تشخیصی و درمانی که طی بستری جهت بیمار انجام گرفته است، بصورت کلی در این قسمت ذکر می‌گردد.

مثلاً بیمار تحت درمان با چه داروهایی قرار گرفته است و روند پاسخ به درمان چگونه بوده است. مثلاً بیمار به مدت یک هفته تحت درمان با سفتریاکسون قرار گرفت. (معمولاً نیازی به نوشتن دوز داروها نمی‌باشد؛ زیرا قاعده بر مصرف دوز استاندارد آنهاست) یا دو واحد *Packed Cell* برای بیمار تزریق شد. یا *CV-Line* یا کاتتر دیالیز تعبیه شد و....

در صورتی‌که عمل جراحی جهت بیمار صورت گرفته باشد، تاریخ انجام عمل جراحی باید ذکر گردد و پس از مطالعه‌ی برگه‌ی شرح عمل، نکات مهم آن در این قسمت نوشته شود.

مثلاً در شرح عمل‌های ارتوپدی، نوشتن تعداد پین‌ها و پیچ‌هایی که فیکساسیون با آنها صورت گرفته است، از اهمیت برخوردار است یا در عمل‌های مربوط به هرنی‌ها، استفاده یا عدم استفاده از مش باید ذکر گردد و یا در عمل گاسترکتومی نوع عمل جراحی (بیلروت ۱- ۲ و...) باید نوشته شود.

بنابراین خواندن شرح عمل و استخراج نکات مهم جهت نوشتن در خلاصه پرونده ضروری است.

اهمیت نوشتن این موارد در خلاصه پرونده این است که پزشک معالج یا هرپزشک دیگری با دیدن خلاصه پرونده‌ای که حاوی نکات کلیدی می‌باشد، متوجه اقداماتی که جهت بیمار صورت گرفته خواهد شد. اما اگر خلاصه پرونده با دقت کافی نوشته نشده و ناقص باشد، زحمت مضاعفی بر بیمار تحمیل شده و برای کسب اطلاعات لازم و کافی، باید مجددا به بیمارستان مراجعه کرده و درخواست خروج پرونده از بایگانی دهد که موجب اتلاف وقت و هزینه‌ی بیمار خواهد شد. لذا جهت احترام به وقت بیماران و پیشگیری از وقوع چنین مواردی بهتر است پزشکان هنگام نوشتن خلاصه پرونده دقت و حوصله کافی به خرج داده و خلاصه پرونده‌ی قابل قبولی را بنویسند.

E. نتایج آزمایشات پاراکلینیکی: در این قسمت نتایج آزمایشات درخواستی جهت بیمار به‌صورت خلاصه نوشته می‌شود. اگر بیمار چندین آزمایش *CBC* دارد، نتایج

اولین و آخرین آزمایش نوشته می‌شود. سیر موارد متغیر در آزمایشات نیز یادداشت می‌شود. مثلاً اگر میزان هموگلوبین، پتاسیم و... بیمار طی بستری متغیر باشد، چند نتیجه را که سیر تغییرات را به‌صورت واضح‌تر نشان می‌دهند، انتخاب کرده و سیر تغییرات را با فلش از قدیمی‌ترین به جدیدترین نشان دهید.

بهتر است از نوشتن آزمایشات روتین و طبیعی با تمام جزئیات خودداری نمایید زیرا سبب شلوغی برگه و از نظر دور ماندن آزمایشات مهم‌تر می‌شود. اما بهتر است نتایج اولین و آخرین آزمایشات حتی در صورت نرمال بودن ذکر گردد.

توجه شود که حتماً نتایج ازمایشات مهم و گران قیمت نوشته شود تا پزشکان بعدی با اطلاع از نتایج آنها، از تکرار غیرضروری این آزمایشات در ویزیت‌ها یا بستری‌های بعدی خودداری شود.

در نوشتن برخی آزمایشات که لازم است به‌صورت سریال و دوره‌ای تکرار شوند، ذکر تاریخ آزمایش بسیار حائز اهمیت است. در این حالت می‌توانید یک خط کسری کشیده و تاریخ آزمایش را در پایین و مقدار عددی آزمایش را در صورت کسر ذکر کنید و به‌وسیله فلش نیز سیر آزمایشات را از قدیم به جدید مشخص سازید. مثل تیتراژ بتا HCG در حاملگی خارج رحمی یا حاملگی مولار یا پیگیری عدد هموگلوبین در بیماری که خونریزی دارد.

در رابطه با آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه‌های مختلف با واحدهای متفاوت گزارش می‌شوند (بدلیل تفاوت در کیت‌های آزمایشگاهی)، باید در صورت غیرنرمال بودن نتیجه آزمایش، واحد و میزان نرمال جلوی آن نوشته شود.

نتیجه اقدامات پاراکلینیکی درخواست شده مثل سونوگرافی، *CT-scan*، اندوسکوپی و... نیز حتماً باید در خلاصه پرونده ذکر گردد. اما به‌منظور رعایت اصل خلاصه‌نویسی بهتر است نکات مهم و پاتولوژیک را با دقت ذکر نموده اما از نوشتن کامل یافته‌های غیرپاتولوژیک و نرمال خودداری نمایید.

به‌عنوان مثال در بیماری که به علت اختلاف سایز اندام‌های تحتانی با شک به *DVT* سونوگرافی کالر داپلر درخواست شده و نتیجه‌ی آن نرمال بوده است، ذکر نرمال بودن نتیجه‌ی کالرداپلر کفایت می‌کند و لزومی به نوشتن عین گزارش و تمام نکات آن وجود ندارد. یا بیماری که به علت تنگی نفس تحت سی تی اسکن ریه قرار گرفته است و فاقد یافته

پاتولوژیک گزارش شده است، لزومی به نگارش این گزارش ۳-۴ خطی و فاقد یافته پاتولوژیکی در برگه خلاصه پرونده وجود ندارد. در رابطه با نتیجه آندوسکوپی یا برونکوسکوپی نیز باید همین اصول را رعایت نمود.

F. سیر بیماری (در صورت فوت: علت مرگ): اتفاقات مهم در طول بستری و سیر پیشرفت یا بهبود بیماری و وضعیت بالینی بیمار در این قسمت شرح داده می‌شود.

G. وضعیت بیمار هنگام ترخیص: حال عمومی بیمار و وضعیت علائم حیاتی وی در هنگام ترخیص ذکر می‌گردد. (افعال این قسمت به زمان حال نوشته می‌شوند.)

در صورتیکه روند تشخیص و درمان بیماری هنوز تکمیل نشده و تیم پزشکی قصد ترخیص بیمار را نداشته باشد اما بیمار قصد ترک بیمارستان با رضایت شخصی را داشته باشد، باید ذکر گردد که بیمار علی‌رغم توصیه به ادامه‌ی درمان و بستری و هشدار علائم خطر بیمارستان را با رضایت شخصی ترک نمود. و به مشکلات بیمار هنگام ترخیص نیز باید اشاره گردد. در ترخیص با رضایت شخصی، در قسمت وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های بعد از ترخیص باید حال عمومی و علائم حیاتی بیمار و نیاز به ادامه‌ی بستری از نظر پزشک معالج ذکر شده و همچنین علائم خطر به بیمار و همراهان او توضیح داده شوند؛ و تأکید شود که در صورت تغییر نظر یا بدتر شدن وضعیت بیمار یا بروز علائم خطر به بخش اورژانس مراجعه نمایند. دقت کنید که تمامی این توصیه‌ها باید ثبت شده و مستند گردند.

البته ذکر این نکته ضروری است که هر بیماری نمی‌تواند با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نماید. گاهی ممکن است شدت وخامت بیماری به حدی باشد که پزشک معالج اجازه ترخیص بیمار ولو با رضایت شخصی را ندهد. چراکه ترک بیمارستان ممکن است منجر به مرگ بیمار شود. اما در شرایطی که وضعیت بیمار نسبتاً پایدار بوده و همراهان بیمار یا خود او قصد دارند که درمان را در منزل یا مرکز دیگری پیگیری کنند، در صورتی‌که پزشک معالج جمله‌ی «بیمار علی‌رغم توصیه به ادامه درمان و هشدار علایم خطر مرخص است» را در برگه دستورات بنویسد، می‌توان برای آن بیمار برگه‌ی خلاصه پرونده نوشته و بیمار مرخص شود.

گاهی ممکن است خود بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری در رابطه با خودش را نداشته باشد.

مثلاً به سن قانونی نرسیده باشد یا دچار دمانس و بیماری‌های نورودژنراتیو شده باشد که در این شرایط، تصمیم‌گیری بر عهده‌ی والدین یا همراهان بیمار می‌باشد که آن هم شرایطی دارد که در قسمت رضایت آگاهانه بدان پرداخته‌ایم.

بدیهی است که هنگام ترخیص با رضایت شخصی، بررسی و ارزیابی اورژانس‌های روانپزشکی مانند احتمال خودکشی و... توسط پزشک الزامی می‌باشد.

H. توصیه‌های بعد از ترخیص: این قسمت یکی از مهم‌ترین قسمت‌های برگ خلاصه پرونده می‌باشد زیرا عدم آموزش صحیح به بیمار در رابطه با اقدامات لازم پس از ترخیص از بیمارستان، می‌تواند منجر به هدر رفتن زحمات کادر درمان و سردرگمی بیمار شود.

گاهی توصیه می‌گردد که این قسمت به زبان علمی نوشته نشود و به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار نگاشته شود. مثلاً داروهای بعد از ترخیص به زبان فارسی نوشته شوند. در بسیاری از بخش‌ها علاوه بر برگ خلاصه پرونده برگه‌ی دیگری تحت عنوان «آموزش به بیمار» وجود دارد که در آنجا به‌صورت مبسوط و به زبان ساده‌تر موارد ذکر شده در توصیه‌های پس از ترخیص توسط پزشک و پرستار شرح داده می‌شوند؛ لذا تأکید زیادی روی اصل ساده‌نویسی در این قسمت از خلاصه پرونده نمی‌باشد و نوشتن به زبان علمی نیز ایرادی ندارد. (لازم به یادآوری است که برگه‌ی آموزش بیمار حتماً باید به زبان ساده و قابل فهم برای وی نوشته شود.)

توجه به این نکته ضروری است که علاوه بر نوشتن این توصیه‌ها در برگه، آموزش شفاهی و رو در رو توسط پزشک و پرستار و اطمینان از فهم مطالب توسط بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است.

مواردی که باید در این قسمت ذکر شوند شامل:

توضیح علائم هشدار یا علائم خطر: هر بیماری، علائم هشدار و خطر مخصوص به خود را دارد. پزشک با اشراف به جنبه‌های مختلف یک بیماری و عوارضی که ممکن است سلامت و جان بیمار را تهدید کند، این قسمت را باید تکمیل کند.

توجه شود که در این قسمت علائم هشدار و خطر باید ذکر شوند؛ نه نام بیماری.

مثلاً در بیماری که رخداد DVT و یا PTE جزو علائم خطر محسوب می‌شود، در این قسمت علائم مربوط به این دو بیماری باید ذکر شوند. تنگی نفس ناگهانی و اختلاف سایز اندام‌های تحتانی (بهتر است میزان اختلاف سایز (عدد ۳ سانتی‌متر) به بیمار گفته نشود چراکه ممکن است با روش اشتباه اندازه‌گیری نموده و این میزان را کمتر تخمین زده و غیر مهم تلقی کند) یا بیماری که داروی ضد تشنج جدیدی برایش تجویز نموده‌اید باید در این قسمت ذکر شود که در صورت بروز ضایعات پوستی به پزشک مراجعه کند؛ زیرا خطر ایجاد سندرم استیون جانسون برای این بیمار وجود دارد.

I. دستوارت دارویی: در این قسمت باید نوشته شود که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان باید چه داروهایی را به‌صورت سرپایی مصرف کند.

نوع دارو، دوز دارو، فواصل مصرف، نحوه‌ی مصرف و مدت زمان مصرف بهتر است به‌طور کامل ذکر شود.

این دستورات باید در دفترچه بیمه بیمار یا سرنسخه نیز نوشته شوند.

تعیین زمان بعدی مراجعه یا ویزیت: حتماً باید مشخص گردد که بیمار برای پیگیری و $follow\ \ up$، آیا نیاز به مراجعه‌ی بعدی دارد یا خیر؟ و اگر بلی، در چه تاریخی و به کجا باید مراجعه کند؟

مثال: بیمار یک هفته بعد در فلان تاریخ با در دست داشتن نتایج آزمایشات و برگ خلاصه پرونده به‌صورت سرپایی به درمانگاه انکولوژی مراجعه نماید.

تعیین زمان دریافت نتایج پاتولوژی یا آزمایشات درخواست شده: اگر آزمایشی جهت بیمار درخواست شده که قبل از حاضر شدن نتیجه‌ی آن، بیمار را مرخص کرده‌اید حتماً باید به بیمار توصیه کنید که جهت اخذ نتیجه در تاریخ معین شده به آزمایشگاه یا مرکز پاتولوژی مراجعه کند و مکتوب نمودن این توصیه در برگ خلاصه پرونده الزامی است.

در صورت نیاز در یک سرنسخه درخواستی مبنی بر ارائه‌ی نتیجه‌ی پاتولوژی یا آزمایش در موعد مقرر نوشته شده و به بیمار تحویل داده شود. (البته این امر بستگی به روتین هر

بیمارستان دارد.) در برخی از بیمارستان‌ها بیمار فقط با ارائه برگه خلاصه پرونده به بخش بستری می‌تواند نتیجه را دریافت کند.

نحوه‌ی تکمیل برنامه دره انی بیه ار و لق دامات سد رپایی لازم: برخی از اقدامات و پروسیجرها لازم است پس از ترخیص، به‌صورت سرپایی انجام شده و یا تکرار شوند. مثلاً در بیماری که با داروی وارفارین مرخص شده، ممکن است نیاز باشد که میزان *INR* را با فواصل مشخص بررسی کنید یا در بیماری که دچار نارسایی حاد کلیه است، ممکن است نیاز به تکرار سونوگرافی کلیه‌ها و یا اندازه‌گیری کراتی نین داشته باشید و از بیمار بخواهید با در دست داشتن نتایج این موارد، جهت ویزیت بعدی به درمانگاه یا مطب مراجعه نماید.

نکته: گاهی لازم است به بیمار آموزش‌هایی در رابطه با نوع تغذیه و رژیم غذایی داده شده و غذاهایی که بیمار پس از ترخیص مجاز به مصرف آنها می‌باشد، مشخص گردند معمولاً به‌جز در شرایط خاص، این مورد در برگه خلاصه پرونده نوشته نمی‌شود. اما در برگه آموزش به بیمار، این موارد حتماً باید ذکر شوند.

اگر محدودیت غذایی خاصی وجود نداشته باشد، عبارت «رژیم غذایی معمولی» نوشته می‌شود. اما در افراد با محدودیت رژیم غذایی، مثلاً در افرادی که فشارخون بالا و چربی خون بالا دارند، از عبارت «کم‌چرب و کم‌نمک» استفاده می‌شود.

در رژیم غذایی کودکان عبارت «رژیم غذایی متناسب با سن» نوشته می‌شود.

❖ مثال‌هایی از محدودیت‌های غذایی بیماران:

در انتروپاتی حساس به گلوتن به بیمار توصیه می‌شود که غذاهای حاوی گلوتن مثل گندم و جو استفاده نکند.

در گالاکتوزمی توصیه می‌شود نوزاد شیرمادر مصرف نکند.

در فاویسیم توصیه می‌شود که از مصرف باقلا خودداری نمایند.

اگر بیمار مشکلاتی مانند آنال فیشر یا هموروئید داشته باشد یا تحت عمل جراحی دستگاه گوارشی قرار گرفته باشد، جهت جلوگیری از یبوست مصرف مایعات و فیبر فراوان و ملین را توصیه می‌کنید.

در رابطه با هر بیماری، موارد متعدد و متفاوتی از محدودیت‌ها و توصیه‌های غذایی وجود دارد که آموزش این موارد به بیمار نیازمند اشراف پزشک به مباحث مربوطه و همچنین ارجاع به مشاور تغذیه درصورت نیاز می‌باشد.

نکته: اگر بیمار از نظر پزشک معالج نیاز به استراحت داشته و نیاز به اخذ مرخصی استعلاجی از محل کار خود دارد، در این قسمت تعداد روزهای مرخصی استعلاجی باید ذکر شوند و علاوه بر آن، در برگه‌های مخصوص یا سرنسخه نیز نظر پزشک درخصوص نیاز بیمار به مرخصی استعلاجی به ساعت (روز) نوشته می‌شود.

نکته: میزان مجاز فعالیت بیمار و زمان شروع حرکت مفصل و زمان تحمل وزن روی اندام جراحی شده (در جراحی‌های ارتوپدی) یا استفاده از جوراب‌های پنوماتیک (در موارد *DVT*) یا نحوه‌ی صحیح استفاده از چوب زیر بغل در شکستگی‌های پا (استفاده غیراصولی از چوب زیر بغل می‌تواند عوارضی مانند آسیب به شبکه اعصاب بازویی را به‌دنبال داشته باشد) یا آموزش روش *contraception* (پیشگیری) مطمئن در بیماری که با تشخیص مول (*GTN: Gestational Trophoblastic Neoplasia*) بستری شده و... مثال‌هایی هستند که ضروری است هنگام ترخیص به بیماران آموزش داده شوند.

نکته: در بیمارانی که از سرویس جراحی مرخص می‌شوند، توجه به عبارت *SADF* می‌تواند به شما کمک کند تا نکات مهم توصیه‌های پس از ترخیص را فراموش نکنید:

S (Stitches): یعنی بیمار باید چه زمانی برای کشیدن بخیه‌ها مراجعه کند. (و به کجا مراجعه کند.) همچنین نحوه‌ی مراقبت از زخم و محل بخیه‌ها نیز باید به بیمار آموزش داده شود.

A (Activity): فعالیت بیمار چگونه باشد؟ چقدر استراحت کند؟ چه موقع شروع به راه رفتن کند؟ چه موقع سرکار برود و...

D (Drugs): چه داروهایی را بعد از عمل مصرف کند. (دوز دارو/ نحوه مصرف/ دوره‌ی درمان)

F (Follow up): در چه تاریخی جهت ویزیت بعدی یا گرفتن نتیجه‌ی پاتولوژی و...

مراجعه کند.

سؤال: ترخیص با رضایت و میل شخصی از فردی که بیمار است و وضعیت خطرناکی دارد چگونه است؟ آیا مؤسسه در قبال خطر جانی مسئولیت ندارد در حالی‌که بیمار آگاهی کاملی از پیش آگهی بیماری ندارد و اگر بیمار دارای هوشیاری کامل نباشد و به اصرار و حتی با اغتشاش نخواهد بستری بماند، تکلیف چیست؟

پاسخ: یک بیمار عاقل و بالغ در انتخاب پزشک، بیمارستان و خاتمه دادن به درمان خود در زمان بستری مختار است (در صورتی‌که ترخیص او مضر به حال افراد و سلامت جامعه نباشد) بنابراین بیمار بستری می‌تواند به هر دلیلی در هر زمان و مرحله از فرایند درمانش، در صورت تقبل کتبی مسایل و مشکلات ناشی از ترخیص با میل شخصی از پزشک معالج و کادر پرستاری، درخواست ترخیص موقت و یا دائم نماید و پس از تسویه حساب و پرداخت وجوه خدمات ارائه شده، از بیمارستان مرخص گردد. در زمان چنین درخواستی از طرف بیمار و داشتن توانایی تصمیم‌گیری از طرف بیمار و اولیای قانونی وی معمولاً پزشک معالج و پرستار مربوطه خطرات ناشی از این تقاضا را به آگاهی بیمار می‌رسانند و در صورتی‌که بیمار متقاعد نشد و بر اجرای درخواست خود اصرار ورزید با ثبت توصیه‌ها در برگ دستورات پزشک و حتی گزارش پرستاری و با اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیمار و ارائه دستورات داروئی جهت ادامه درمان در منزل برای بیمار، تمهیدات لازم برای ترخیص وی انجام می‌گیرد. در این صورت مسئولیتی متوجه پزشک معالج و کادر پرستاری بخش مربوطه نخواهد بود. کلیه مواد و آیین‌نامه‌های که در خصوص نحوه اخذ رضایت بستری از بیمار نیاز است در مورد ترخیص وی نیز صادق می‌باشد.

نکته‌ی مهمی که دانشجویان پزشکی (اینترن‌ها) و رزیدنت‌ها باید به آن توجه کنند این است که هرگز خلاصه پرونده‌ای که نگارش آن به اتمام نرسیده را مهر و امضا نکنند؛ زیرا ممکن است آن خلاصه پرونده‌ی ناقص توسط منشی بخش و یا سایر افراد، به‌منظور تسریع روند ترخیص بیمار و با فرض اینکه نگارش آن به اتمام رسیده است به بیمار تحویل داده شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز آموزشی، درمانی وتحقیقاتی امام رضا (ع)

Clinic No: شماره درمانگاهی:

برگ خلاصه پرونده

UNIT SUMMARY SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:	Occupation: شغل:	Married status: وضعیت تأهل: Married ☐ متاهل Single ☐ مجرد	Sex: جنس: Male ☐ مرد Female ☐ زن

Address & phone no: آدرس وشماره تلفن:

Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:

Final Diagnosis: تشخیص نهایی:

Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:

Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:

Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):

Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:

Recommendations after Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص:

نام و امضاء پزشک معالج:

برگ خلاصه پرونده

شکل ۶: نمونه برگ خلاصه پرونده موجود در بخش

آشنایی با کاردکس

کاردکس یک برگ مقوایی پشت و رو است که شامل اطلاعات خلاصه‌ای از دستورات پزشکی بیمار و موارد نیاز به پیگیری در طول مدت بستری می‌باشد. نوشتن کاردکس بر عهده‌ی پرستار بوده و پرستار هنگام بررسی (چک) دستورات پزشک، آنها را در کاردکس ثبت می‌نماید. هنگام ویزیت بیماران به‌خصوص بیمارانی که مدت زیادی است در بخش بستری می‌باشند و تعداد برگه‌های دستورات موجود در پرونده‌ی آنها بسیار زیاد می‌باشد و گاهاً به‌ترتیب تاریخ قرار داده نشده‌اند، پزشکان جهت اطلاع یافتن از مجموع دستورات بیمار در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به‌صورت یکپارچه و دسته‌بندی شده، از کاردکس استفاده می‌نمایند؛ لذا بهتر است به‌منظور استفاده بهینه از اطلاعات موجود در کادرکس با نحوه‌ی تکمیل آن که در ادامه شرح داده می‌شود آشنا باشید.

برای ثبت اطلاعات در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز، خودکار آبی، مداد) استفاده می‌شود.

- ✓ خودکار قرمز: برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند: حساسیت دارویی، خطر خودکشی، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی، تزریق عضلانی ممنوع، قطع نمودن دارو (*DC*)، ثبت *Error* و به‌طور کلی اطلاعات خاص در مورد بیمار می‌باشد.
- ✓ خودکار آبی: برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند: نام و نام‌خانوادگی، سن، در بخش نوزادان (تاریخ تولد)، شماره پرونده، کد کامپیوتری، نام پزشک معالج، نام پزشک جراح، تاریخ و ساعت پذیرش، علائم حیاتی زمان پذیرش، نوع بیمه درمانی، تاریخ و نوع عمل، داروها و سرم‌های تجویز شده می‌باشد.
- ✓ مداد: برای ثبت موارد متغیر مانند: کلیه مراقبت‌های پرستاری و دستورات پزشک که باید پیگیری شوند از جمله: درخواست آزمایشات و رادیوگرافی‌های تشخیصی، زمان چک علائم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت حرکتی، تغییر پوزیشن و...

❖ مراقبت‌های پرستاری به‌ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت می‌گردند:

نحوه کنترل علائم حیاتی، نحوه کنترل وضعیت هوشیاری، نحوه اندازه‌گیری اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار *flow* (جریان) اکسیژن، نوع راه هوایی مصنوعی و نحوه ونتیلاسیون بیمار، راه تغذیه بیمار در صورت داشتن *NG-Tube*، گاستروستومی و یا ژژنوستومی، نوع لوله ادراری، کنترل *I.O* (جذب و دفع مایعات) همراه با درج ساعت محاسبه، مشخص می‌شود. در ردیف‌های بعدی برحسب مورد داشتن چست تیوب، وریدهای مرکزی، دستور تغییر پوزیشن و ماساژ، فیزیوتراپی و نوع آن و موارد دیگر نوشته می‌شود.

❖ **نحوه نوشتن دستورات پزشک در کاردکس** به‌صورت ذیل می‌باشد:

دستورات پزشک قبل از انجام با ذکر تاریخ، با مداد در ستون مربوطه نوشته می‌شود و پس از انجام، دستور با خودکار نوشته می‌شود.

آزمایشات روزانه بیماران و یا آن‌هایی که چند بار در روز و برای مدتی انجام می‌شود با مداد در اولین سطر قسمت آزمایشات و دستورات با ذکر تاریخ و به‌صورت مدادی باقی می‌ماند.

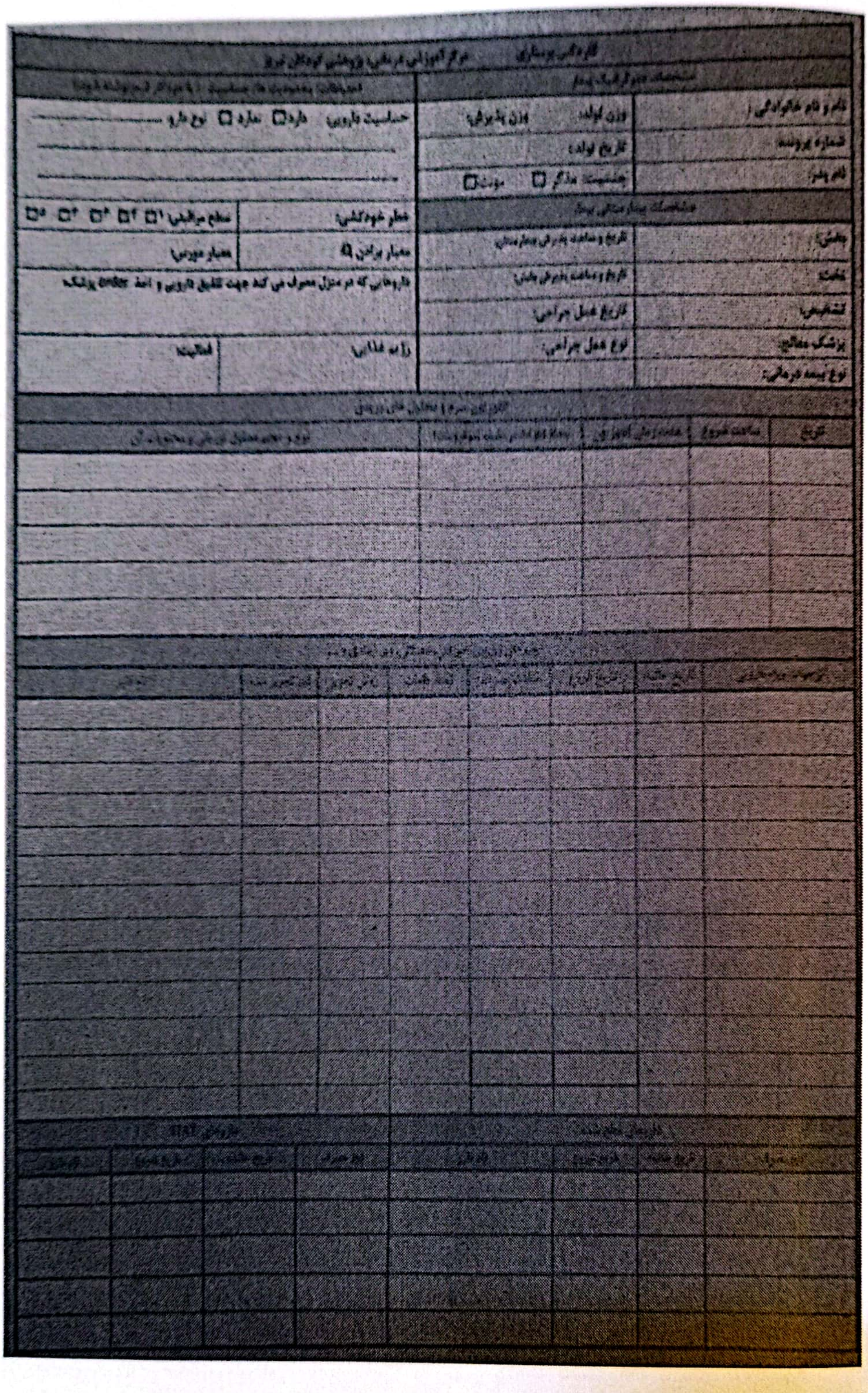
محل نوشتن سرم در کاردکس، قسمت پایینی داروهای تزریقی است. بایستی نوع سرم به علاوه دارویی که باید به آن اضافه شود، حجم سرم، تعداد قطرات در دقیقه و ساعت شروع سرم قید شود. برای سرم‌های *KVO* (*Keep Vein Open*) نیز ساعت شروع قید گردد.

مواردی که دارو *Hold* می‌شود، با مداد کلمه *Hold* و تاریخ آن در ستون دارویی نوشته می‌شود.

داروهای *Stat* به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی می‌ماند و بعد از آن پاک می‌شود.

داروهایی که تغییر می‌یابند و یا قطع می‌شوند، با خودکار قرمز روی آنها یک خط صاف کشیده شده و در سمت چپ تاریخ و در سمت راست آن کلمه *DC* نوشته می‌شود.

داروهایی که تغییر دوز دارند، بعد از DC نمودن در کاردکس، دوز جدیدشان نوشته می‌شود.



کاردکس پرستاری
مرکز آموزشی درمانی پژوهشی کودکان تبریز

نام و نام خانوادگی:		وزن تولد:	وزن پذیرش:
شماره پرونده:		تاریخ تولد:	
نام پدر:		جنسیت: مذکر ☐ مونث ☐	
بخش:		تاریخ و ساعت پذیرش بیمارستان:	
تخت:		تاریخ و ساعت پذیرش بخش:	
تشخیص:		تاریخ عمل جراحی:	
پزشک معالج:		نوع عمل جراحی:	
نوع بیمه درمانی:			

حساسیت دارویی: دارد ☐ ندارد ☐ نوع دارو ....

خطر خودکشی: | سطح مراقبتی: ۱☐ ۲☐ ۳☐ ۴☐ ۵☐

معیار برادن: | معیار مورس:

داروهایی که در منزل مصرف می کند جهت تلفیق دارویی و اخذ order پزشک

رژیم غذایی: | فعالیت:

شکل ۷: نمونه برگ کاردکس

تاریخ	نوع مراقبت	فواصل توجهات و مراقبت پرستاری	تنظیمات دستگاه تنفس مکانیکی	
	کنترل V/S		طول ورودی لوله تراشه: سایز:	Reintubate Date:
	O2 تراپی		Triger:	Date on:
	کنترل I&O		FIO2:	Mode:
	ساکشن راه هوایی		Ti:	RR:
	تغییر پوزیشن		I/E:	TV:
	ارزیابی پوست		Flow:	PEEP:
	مراقبت از زخم		PSV:	Pi: Pe:
	تعویض پانسمان		Date off:	PIP:
	فیزیوتراپی		پیگیری ها	
	washout			
	دهانشویه			
	کنترل BS			
	فوتوتراپی			

نوع اتصالات	سوند فولی	لوله معده	لوله تراشه/تراکئوستومی	کاتتر ورید مرکزی	[illegible]	چست تیوب	T.Tube			
تاریخ تعبیه										
سایز لوله/کاتتر										
تاریخ تعویض										
تاریخ DC										

درخواست خون و فرآورده های خونی				مشاوره های پزشکی			
تاریخ	ساعت	نوع فرآورده	وضعیت (ورود/ارزیابی)	تاریخ	ساعت	نوع مشاوره	وضعیت (ارسال/انجام)

[illegible]				نمونه های کشت و پاتولوژی		
تاریخ	[illegible]	ساعت	تاریخ	[illegible]		ساعت

پشت برگ کاردکس

نسخه نویسی

هنگام نوشتن نسخه ابتدا نام و نام‌خانوادگی بیمار روی برگه نوشته می‌شود و در صورتی که بیمار دفترچه بیمه داشته باشد، مشخصات تطابق داده می‌شوند. نسخه بدون نام را می‌توان به مثابه چکی در وجه حامل تصور نمود.

نوشتن تاریخ را فراموش نکنید! در برخی از دفترچه‌های بیمه (مانند بیمه خدمات درمانی) پزشک باید تاریخ اعتبار دفترچه را نیز بررسی نموده و یادداشت نماید.

در ابتدای نسخه علامت *Rx* نوشته می‌شود. که از کلمه‌ی لاتین «*recipe*» مشتق شده است. و در ادامه‌ی آن، دستورات دارویی نوشته می‌شوند.

بهتر است دستورات شماره‌گذاری شوند تا در صورت دستکاری توسط اشخاص دیگر معلوم شود.

در هر سطر الزاماً فقط یک دارو نوشته شود.

در رابطه با هر دارو ۶ ویژگی ذیل باید رعایت شود:

۱. نام دارو

۲. شکل دارویی (آمپول، قرص، شیاف، اسپری و...)

۳. دوز (مقدار) دارو

۴. روش مصرف (خوراکی، عضلانی، وریدی و...)

۵. دستور مصرف

۶. تعداد دارو

چهار مورد اول در قسمت دستورات پزشک (اوردر نویسی) شرح داده شده است. حال به

توضیح موردهای ۵ و ۶ می‌پردازیم.

دستور مصرف دارو باید توسط مسئول داروخانه به بیمار توضیح داده شود. اما بهتر است پزشک نیز دستور را به‌صورتی بنویسد که بیمار بتواند آن را بخواند. مثلاً هر ۸ ساعت یک عدد خورده شود. (برخی پزشکان به‌صورت $q8h$ یا TDS و یا 1×3 (یک قرص سه بار در روز) می‌نویسند، که تنها تفاوت آنها این است که در $q8h$ الزام ساعتی وجود دارد و دارو حتماً باید هر ۸ ساعت مصرف شود.)

تعداد دارو باید متناسب با نیاز بیمار باشد. تعداد را با علامت # و یا حرف N مشخص می‌کنید. که حتماً باید با اعداد انگلیسی یا رومی نوشته شود. (زیرا در صورت نوشتن با اعداد فارسی بیمه تعلق نمی‌گیرد.)

هیچ‌گونه قلم خوردگی نباید در نسخه وجود داشته باشد. در صورت وجود قلم‌خوردگی حتماً باید در پشت نسخه عبارت «قلم خوردگی ازاینجانب می‌باشد» ذکر شده و عبارت صحیح مجدداً نوشته شود.

در صورت دو رنگ شدن خودکار، استفاده از خودکار دیگری جهت امضای نسخه و یا کشیدن دوباره‌ی خودکار روی نوشته‌ها تا پررنگ‌تر از بقیه‌ی نسخه دیده شود، باید همانند مورد ذکر شده در فوق، علت در پشت برگه توضیح داده شده و عبارت صحیح مجدد نوشته شود.

در نسخه‌نویسی الکترونیک که جایگزین دفترچه‌های بیمه شده است پزشک در حال حاضر از سه سامانه مجزا (بسته به نوع بیمه بیمار) استفاده می‌نماید. (بیمه سلامت و بیمه تأمین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح)

پزشک بعد از ثبت نام در سامانه‌ی مذکور نام کاربری و رمز عبور ویژه خود را دریافت نموده و جهت تجویز نسخه پس از ورود به کارتابل خود پس از وارد نمودن کد ملی بیمار، داروها و آزمایشات و... را به‌صورت الکترونیک ثبت نموده و در پایان یک کدرهگیری به بیمار می‌دهد تا از طریق آن دارو های خود را از داروخانه تهیه نماید.

جهت تسریع کار با این سامانه‌ها امکان ثبت نسخ و داروی‌های پرتکرار فراهم شده است، همچنین پزشکان می‌توانند کد مربوط به داروها/ آزمایشات پرتکرار خود را یادداشت

نموده و جهت تسریع ویزیت از آنها استفاده کنند.

بهتر است دانشجویان پزشکی حداقل در ماه‌های آخر فراغت از تحصیل خود با حضور در درمانگاه‌های آموزشی بیمارستان تا حدودی با این سامانه‌ها آشنا شوند تا در روزهای ابتدایی طرح دچار مشکل نشوند.

برگ تریاژ

تریاژ در لغت به معنی دسته‌بندی و اولویت‌بندی می‌باشد و بدین‌منظور انجام می‌شود که امکانات محدود موجود بین مراجعه‌کنندگان به‌نحوی دسته‌بندی شود که بهترین و با کیفیت‌ترین خدمت به کسانی که بیشترین نیاز را دارند ارائه شود.

دو نوع تریاژ داریم:

- تریاژ در صحنه که مخصوص شرایط بحران مانند سیل و زلزله و جنگ و... می‌باشد و موضوع بحث ما نیست.
- تریاژ در بیمارستان که بهتر است با آن آشنایی داشته باشید چراکه در پرونده‌های بیماران سطح‌بندی‌های مربوطه را مشاهده خواهید کرد.

جهت تریاژ بیماران از سیستم‌های مختلفی استفاده می‌شود که رایج‌ترین آنها سیستم *ESI* می‌باشد. (*Emergency severity index*)

با توجه به سیستم *ESI*، تریاژ در بیمارستان ۵ سطح دارد:

سطح ۱ بد حال‌ترین بیمار می‌باشد که باید بدون فوت وقت به او رسیدگی شود و سطح ۵ بیماری است که حال عمومی نسبتاً خوبی دارد و در حد بیماران مراجعه‌کننده به مطب است. به‌طور خلاصه با چند مثال شما را با این سطح‌بندی آشنا می‌کنیم:

- بیمارانی که در در سیستم *ESI* در سطح ۱ قرار می‌گیرند، پزشک و پرستار باید بلافاصله بر بالین آنها حاضر شوند و منتظر رسیدن پرونده و... نباشند. شرایط ذیل منجر به دریافت *ESI* سطح ۱ می‌شوند:
  آپنه- اینتوبه- دیسترس تفسی شدید- پره ارست- افت هوشیاری و....
- بیماران با *ESI* سطح ۲ در حد بیماران سطح ۱ بدحال و و پره ارست نیستند، اما هر لحظه ممکن است وضعیت آنها وخیم شده و بدحال شوند؛ از جمله بیماران لتارژیک،

بیمارانی که شدت دردشان را بیشتر از ۱۰/۷ ارزیابی می‌کنند، بیماران با دیسترس تنفسی و....

بیماران سطح ۱ و ۲ باید بلافاصله ویزیت شوند.

- سطح ۳ و ۴ و ۵ باتوجه به تعداد خدماتی که بیمار نیاز دارد تا به تشخیص یا درمان برسد، تعیین می‌شوند:
  - اگر بیمار ۲ نوع خدمت یا بیشتر را نیاز دارد *ESI* سطح ۳ را دریافت می‌کند.
  - اگر بیمار فقط ۱ نوع خدمت را نیاز دارد *ESI* سطح ۲ را دریافت می‌کند. مانند بیماری که به‌دلیل بریدگی سطحی قسمتی از بدن نیاز به بخیه دارد، یا بیماری که به‌علت یک ترومای جزئی نیاز به گرافی دارد و....
  - اگر بیمار هیچ خدمتی نیاز ندارد و فقط قرار است ویزیت شود *ESI* سطح ۵ را دریافت می‌کند که در حد بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه و مطب می‌باشد.

بیماران سطح ۳ باید طی ۲۰ الی ۳۰ دقیقه ویزیت شوند و بیماران سطح ۴ و ۵ طی ۴۵ دقیقه تا حداکثر ۲ساعت باید ویزیت شوند. این زمان از مرکزی به مرکز دیگر و با توجه به شرایط بیمارستان در آن لحظه متفاوت است. (ممکن است چند بیمار سطح ۱ مراجعه کرده باشند و...)

منظور از یک خدمت چیست؟ بعنوان مثال موارد ذیل هرکدام یک خدمت حساب می‌شوند و تعداد دفعات انجام آنها در شمارش لحاظ نمی‌شود:

هر نوع گرافی / آزمایش خونی / *CT* / *MRI* / داروهای *IM* / *ECG*/ سوچور/ آتل

نکته: داروهای خوراکی خدمت محسوب نمی‌شوند.

مبحث و اصول تریاژ تخصصی تر از آن است که ما در این چند صفحه بخواهیم برای شما شرح دهیم و از اهداف این کتاب نمی‌باشد؛ هدف ما فقط آشنایی اولیه شما با این سطح‌بندی می‌باشد و جهت مطالعه تکمیلی و کسب اطلاعات بیشتر، می‌تواند به کتب مربوطه و منابع طب اورژانس مراجعه فرمایید.

اگر چه تریاژ اولیه معمولاً وظیفه پزشک نیست، اما لازم است که همه پزشکان به‌خوبی با اصول آن آشنایی داشته باشند؛ چراکه اولویت‌بندی حضور پزشک بر بالین بیماران را تعیین می‌کند و گاهاً نیاز است که در فرایند ویزیت بیمار در اورژانس، در صورت نیاز تریاژ مجدد

(ری‌تریاژ) توسط پزشک صورت گیرد.

برگ اورژانس

برگ مخصوص اورژانس در بیمارستان‌های مختلف فرمت‌های ظاهری متفاوتی دارد اما کلیات آن یکسان است؛ یک برگ مخصوص پزشک جهت نوشتن شرح حال و معاینات، یک برگ جهت ثبت دستورات پزشک و برگه‌ای برای ثبت نوت‌های پرستاری.

مهم‌ترین نکته‌ای که در تکمیل این برگه‌ها باید به آن توجه داشته باشید این است که اطلاعات باید به اختصار نگاشته شوند؛ البته لازم به ذکر است که با توجه به شلوغی اورژانس بیمارستان‌های آموزشی چاره‌ای جز خلاصه نگاشتن این قسمت نمی‌باشد. اما رعایت اصل اختصار نباید منجر به اهمال کاری در ثبت نکات مهم و کلیدی شود.

هدف ما از اختصاص یک قسمت از کتاب حاضر به معرفی این برگ، معطوف کردن توجه شما دانشجویان عزیز به اهمیت استفاده از اطلاعات این صفحه می‌باشد؛ چراکه در این برگ افرادی که بیمار را برای اولین بار و در لحظه‌ی ورود به بیمارستان ویزیت کرده‌اند مشاهدات خود را ثبت نموده‌اند. مواردی مثل وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی، معاینات بدو ورود بیمار و... که به‌منظور پایش سیر بیماری، رسیدن به تشخیص و حتی تعیین پروگنوز بیمار می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

در برگ دستورات اورژانس می‌توانید دستورات پزشک اورژانس را مشاهده نمایید. اما با توجه به شلوغی اکثر اورژانس‌ها و گاهاً انتقال بیمار قبل از اجرای دستورات به بخش الزاما هر دستوری که در آنجا نوشته شده اجرا نشده است؛ توصیه می‌شود جهت حصول اطمینان از دستورات اجرا شده برگ نوت‌های پرستاران اورژانس را مطالعه بفرمایید. برای مثال بیماری با تشخیص رینواوربیتوسربرال موکورمایکوزیس را در نظر بگیرید که به‌دلیل نبود تخت خالی ۵ روز در اورژانس بستری بوده و امروز به بخش منتقل شده است؛ برای ما تعداد دقیق روزهایی که بیمار آمفوتریسین و آنتی بیوتیک دریافت کرده مهم است چرا که در تصمیم‌گیری ما برای طول درمان این نکته اهمیت دارد. در این شرایط ممکن است پزشک اورژانس هر روز اوردر

آمفوتریسین را نوشته باشد اما بامطالعه‌ی نوت‌های پرستاری ممکن است متوجه شویم کـه در دو روز اول به‌عنوان مثال به علت نبود دارو در بیمارستان تزریق انجام نشده و هـزاران دلیـل دیگر. پس در مدیریت بیماران بستری در بخش (که از اورژانس به بخش منتقل شده‌اند) حتماً توجه ویژه‌ای به برگه‌های اورژانس داشته باشید.

برگ جواز فوت

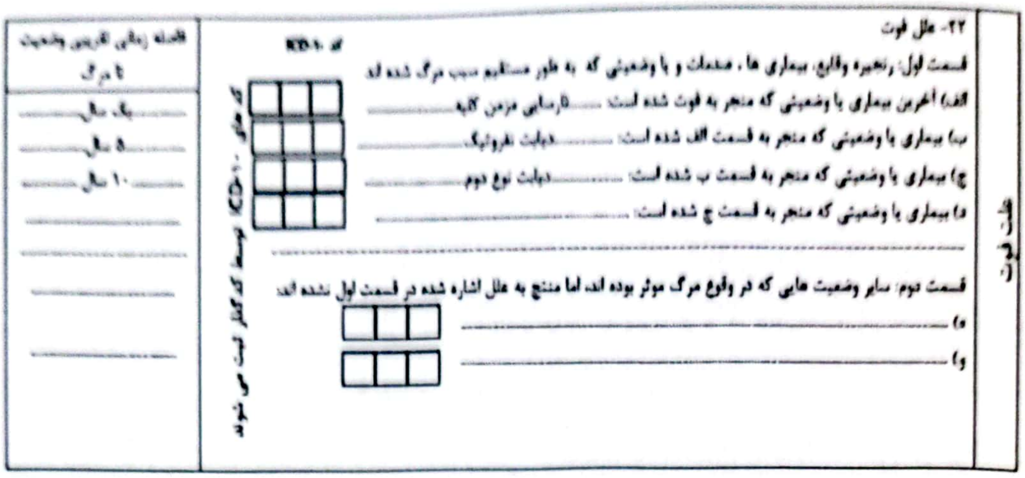
گواهی فوت در حقیقت گواهی قانونی جهت تأیید مرگ و عدم لزوم ادامه اقدامات احیاء و انتقال جسد به سردخانه می‌باشد ولی مجوزی برای دفن جنازه نمی‌باشد. صدور گواهی فوت وظیفه پزشک است و صرفاً تأییدکننده مرگ بیمار می‌باشد. در صدور این گواهی باید متوفی احراز هویت شده، مشخصات کامل وی و علت مرگ قید شود.

در حال حاضر در کشورمان گواهی فوت کودکان با توجه به استانداردهای سازمان جهانی بهداشت به دو گواهی فوت سن بالای هفت روز و گواهی فوت مرده‌زایی و زیر هفت روز تفکیک شده است.

گواهی فوت در چهار نسخه بوده که نسخه سفید مخصوص سازمان ثبت احوال، نسخه سبز مخصوص آرامستان‌های تحت پوشش شهرداری، نسخه قرمز مخصوص مراکز بهداشت و درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و نسخه زرد مخصوص سوابق پزشک یا مؤسسه می‌باشد. این گواهی‌ها باید با خودکار و با خط‌خوانا به‌صورتی نوشته شود که روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد و همچنین علت مرگ به فارسی نوشته شده و از به‌کار بردن کلمات به‌صورت مخفف و انگلیسی خودداری شود.

در علت مرگ، سلسله علل بیماری و یا وضعیتی که منجر به فوت شده‌اند توسط پزشک ذکر می‌گردد و هر بند از بند قبلی منتج شده و بیماری اولیه‌ای که سبب بروز سلسله وقایع منجر به فوت شده است، در آخر این علل ذکر می‌شود. به‌عبارت دیگر از بین بیماری یا حالت‌ها، آخرین بیماری، آسیب یا عارضه‌ای که قبل از مرگ وجود داشته است در قسمت الف نوشته می‌شود و به همین ترتیب تا بیماری اولیه سلسله علل مرگ ثبت می‌گردند.

لازم به ذکر است که علایم بیماری و یا حالت و نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی، ضعف و غیره نباید به‌عنوان علت مرگ منظور گردد چراکه مرحله نهایی هر مرگی ایست قلبی تنفسی خواهد بود.


علت فوت

۲۲- علل فوت

کد ICD-10

قسمت اول: زنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند

الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ......نارسایی مزمن کلیه

ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: ......دیابت نفروتیک

ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: ......دیابت نوع دوم

د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: ......

قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند

ه) ......

و) ......

کد علل ICD-10 توسط کدگذار ثبت می شود

فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ

یک سال

۵ سال

۱۰ سال

نمونه برگه علت فوت

کد *10-ICD* مربوط به هریک از بیماری‌ها در کادر مربوطه پس از تکمیل فرم گواهی پزشکی توسط کدگذاران تعیین و ثبت می‌شود. ضمناً لازم است فاصله زمان تقریبی هر بیماری و یا وضعیت تا مرگ بر حسب سال، ماه، روز، هفته و یا ساعت ثبت شود.

این گواهی به‌طور کلی از دو قسمت گواهی فوت و جواز دفن تشکیل شده است؛ جواز دفن ذیل گواهی فوت، گواهی است که با آن اجازه دفن جسد صادر می‌شود. اگر قسمتی که در آن قید شده «دفن متوفی بلا مانع است» تکمیل گردد، اجازه دفن داده می‌شود و باید دقت زیادی در صدور آن به عمل آید و جواز دفن باید برای مواردی صادر شود که برای آنها منعی وجود نداشته باشد (**جزء موارد ۱۹ گانه نباشد**). در مواردی که منع صدور جواز دفن وجود دارد پزشک نباید قسمت فوق را تکمیل و مهر نماید. لذا لازم است پزشکان محترم با اصول نگارش آن و مسائل قانونی مربوطه آشنایی داشته باشند چراکه در دوران طرح و یا رزیدنتی این گواهی‌ها را تکمیل خواهند نمود.

قبل از صدور گواهی فوت حتماً احراز هویت کامل انجام پذیرد. (ممکن است بیماری به دلیل نداشتن بیمه و یا دلایل دیگر، با هویت شخص دیگری خود را بستری نموده باشد. لذا صرفاً به نام موجود در پرونده اکتفا نشود و احراز هویت صورت پذیرد.)

تمام اجزای گواهی باید توسط پزشک تکمیل گردد. حتی اگر برخی قسمت‌های گواهی توسط فرد دیگر تکمیل شده باشد (مثل انترن، پرستار، منشی و...)، نهایتاً مسئولیت آن با

پزشکی است که به‌عنوان صادرکننده گواهی فوت این گواهی را مهر و امضا نموده است؛ لذا حتماً در این امر دقت فرموده و تحت فشار اطرافیان (به‌عنوان مثال عجله‌ی همراهان بیمار و یا کادر بخش و...) این برگه را سریع مهر و امضا نفرمایید.

در صورت طبیعی نبودن علت مرگ، جسد باید به پزشکی قانونی جهت تعیین علت مرگ و صدور جواز دفن ارجاع شود. پزشکان عزیز حتماً باید با موارد ۱۹ گانه ذیل آشنا باشند؛ چراکه اگر برای این موارد گواهی فوت و جواز دفن صادر شود، پس از دفن جسد در صورت هرگونه شکایت، پزشک باید پاسخگو باشد. زیرا فرصت و امکان کالبدشکافی در پزشکی قانونی از بین رفته است و نبش قبر نیز جایز نمی‌باشد.

موارد ۱۹ گانه ارجاع جسد به پزشکی قانونی به شرح زیر می‌باشد:

۱. مرگ به‌دنبال اقدام به قتل
۲. مرگ به‌دنبال اقدام به خودکشی
۳. مرگ به‌دنبال هرگونه نزاع (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
۴. مرگ به‌دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
۵. مرگ به‌دنبال مسمومیت (شیمیایی، داروئی، گازگرفتگی و...)
۶. مرگ به‌دنبال سوءمصرف مواد مخدر، روانگردان و توهم‌زا
۷. مرگ متعاقب برق‌گرفتگی، سوختگی، غرق‌شدگی، سرمازدگی، گرمازدگی، سقوط از ارتفاع
۸. مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و...)
۹. مرگ در زندان یا بازداشتگاه
۱۰. مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان و خوابگاه
۱۱. مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
۱۲. مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
۱۳. مرگ حین یا متعاقب ورزش

۱۴.مرگ‌های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
۱۵.هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد.
۱۶.هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
۱۷.هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول‌الهویه
۱۸.هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود
۱۹.مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

شرح حال اختصاصی

بخش زنان

ID: تفاوتی با شرح حال عمومی ندارد و نکات ذکر شده در فصول قبلی باید رعایت شود.

SOH: در شرح حال بخش زنان معمولاً خود بیمار، منبع شرح حال می‌باشد. اما در مواردی ممکن است همسر بیمار، مادر یا مادرشوهر و در مواردی فرزندان بیمار منبع شرح حال باشند. در مواردی که احتمال دستکاری یا سقط عفونی وجود داشته باشد، باید درخصوص قابلیت اعتماد منبع شرح حال دقت بیشتری داشته باشیم.

CC: تفاوتی با شرح حال عمومی ندارد و نکات ذکر شده در فصول قبلی باید رعایت شود.

طیف شکایات در بخش زنان و زایمان بسیار گسترده و متنوع می‌باشند؛ اما در خانم‌های غیرحامله و در سنین باروری، اغلب شکایات مرتبط با عادات ماهانه می باشند. مانند: تأخیر پریود، کاهش یا افزایش حجم و طول مدت خونریزی، لکه بینی بین عادات ماهیانه و... . در خانم‌های حامله اغلب شکایات مرتبط با حاملگی می باشند. مانند: لکه بینی، خونریزی، تهوع، ویار، کاهش حرکات جنین، سردرد، شروع دردهای زایمانی و... . بطور رایج شکایت اصلی خانم حامله‌ای که جهت کنترل و مراقبت‌های بارداری مراجعه کرده است به‌صورت «مراجعه جهت *PNC*» نوشته می شود. *PNC: prenatal care*

PI: معمولاً معرفی خانم متأهلی که به درمانگاه، اورژانس و یا بخش زنان مراجعه نموده است، با ذکر سابقه‌ی باروری (مامایی) شروع می شود. (یعنی *GPA lab* و...) (البته برخی معتقدند که این مورد باید در قسمت سابقه مامایی نوشته شود اما بنابه سلیقه‌ی اساتید محترم هر مرکز و روتین هر بیمارستان ممکن است تفاوت جزئی وجود داشته باشد. در ادامه *PI* برطبق اصول ذکر شده در فصول قبلی نوشته می شود (به زبان بیمار، رعایت ترتیب زمانی

وقوع علائم و شدت آنها، علائم همراه و...)

- در صورتی که بیمار حامله باشد، در شروع *PI* باید علاوه بر سن مادر، سن بارداری ($GA = Gravid\ Age$) که بر اساس هفته گزارش می‌شود نیز ذکر شود. برای محاسبه سن بارداری از *LMP: Last Menstrual Period* (تاریخ اولین روزِ آخرین پریود بیمار) و یا از سونوگرافی اوایل حاملگی (که جنین دارای ضربان قلب گزارش کرده است) استفاده می‌کنیم؛ استفاده از سونوگرافی دقیق‌تر بوده و بهتر است از سونوگرافی استفاده شود که در آن *NT*(*Nuchal translucency*) گزارش شده است.
- در محاسبه *GA by sono* تاریخ انجام سونوگرافی را یادداشت می‌کنیم و محاسبه می‌کنیم که تا تاریخ فعلی (روز اخذ شرح حال) چند هفته و چند روز فاصله است و سپس آن مدت زمان را با سن جنین که در سونوگرافی گزارش شده بود جمع می‌بندیم. برای فهم مطلب به مثال زیر دقت کنید.

نکته: هر ۴ هفته معادل ۲۸ روز می‌باشد و چون ما بر اساس هفته‌های حاملگی سن حاملگی را محاسبه می‌کنیم باید در نظر داشته باشیم که در ۶ ماه اول سال هر ماه ۳۱ روز بوده و جهت محاسبه ۳ روز از هر تاریخ باید کم شود و در ۶ ماه دوم سال هر ماه ۳۰ روز بوده و جهت محاسبه ۲ روز از هر تاریخ کم خواهد شد.

مثال: فرض کنید امروز ۱۴ مرداد ماه می‌باشد و مراجعه‌کننده شما خانمی است که در ۱۸ اردیبهشت یک سونوگرافی انجام داده که سن جنین را ۱۲ هفته و ۴ روز گزارش کرده است (که به‌صورت $12week(w)+4day(d)$ می‌نویسیم).

$$GA\ by\ sono\ \frac{12\,w+4\,d}{2/18}\ 25w\ +2d$$

$2/18\ 12w+4d$ (تاریخ سونوگرافی)

$3/15\ 16w+4d$

$4/12\ 20w+4d$

$5/9\ 24w+4d$

$5/9\text{-}5/14\ 5d$ (تا روز مراجعه)

$24w+4d+5d=24w+9d$

$24w+9d=$ **25w +2d GA**

در محاسبه $GA\ by\ LMP$ نیز تعداد هفته‌ها و روزها را تا تاریخ فعلی (روز اخذ شرح حال) به روش فوق محاسبه می‌نماییم.

- در حاملگی‌های چندقلویی باید وضعیت کوریون‌ها و آمنیون‌ها ذکر شود. به اختصار کوریون با حرف C، آمنیون با حرف A نوشته می‌شود. (مونو یا یک یا M، دی یا ۲ یا D، تری یا ۳ یا T) یعنی هنگامی که حاملگی دی‌کوریون و مونوآمنیوتیک می‌باشد به‌صورت $DCMA$ نوشته می‌شود.

نکته: یکی دیگر از تاریخ‌هایی که باید برای هر خانم حامله تعیین شود، تعیین زمان تخمینی زایمان یا *EDD (Estimated Date of Delivery)* یا *(Expected EDC Date of Confinement)* می‌باشد. (البته این مورد در *PI* نوشته نمی‌شود.)

برای تعیین زمان تخمینی زایمان معمولاً از قانون *Naegele* (نیگل) استفاده می‌شود. در این قانون جهت محاسبه‌ی *EDC*، از *LMP* استفاده می‌شود؛ به‌نحوی که یک‌سال و هفت روز به *LMP* اضافه شده و ۳ ماه از آن کم می شود.

LMP: 1401/5/1

EDC: **1402/2/8**

:History

در شرح حال‌های بخش زنان و مامایی باید موارد زیر نیز در این قسمت ذکر شوند:

- **Menstrual history**

۱. سن منارک (سن شروع پریودهای ماهانه) ذکر گردد.

۲. در خانم‌های یائسه سن منوپوز (یائسگی) ذکر گردد؛ همچنین در رابطه با خونریزی‌های بعد از منوپوز در صورت وجود خونریزی، سوال کرده و خصوصیات آن نوشته شود.

۳. تاریخ شروع آخرین پریود بیمار و تعیین اینکه بیمار در روز چندم سیکل خود قرار دارد. در رابطه با اهمیت این مورد به مثال ذیل توجه بفرمایید:

خانمی با درد قسمت تحتانی و راست شکم (RLQ) مراجعه کرده است. در صورتیکه بیمار در اواسط سیکل قاعدگی خود باشد، علاوه بر آپاندیسیت و سایر تشخیص‌هایی که برای درد RLQ مطرح می شوند، میتل اشمرز هم در لیست تشخیص افتراقی‌های ما قرار می‌گیرد.

۴. ذکر خصوصیات خونریزی (*characteristics of menstrual bleeding*) و تعیین الگوی خونریزی (*bleeding pattern*):

بیمار هر چند روز یک بار پریود می‌شود؟ فواصل بین پریود ها منظم است یا نامنظم؟ حجم خونریزی چقدر می‌باشد (با پرسیدن اینکه چند پد روزانه تعویض می‌کند می‌توان حجم خونریزی را تخمین زد) ؟ در هر دوره چند روز خونریزی ادامه دارد؟ آیا خونریزی یا لکه بینی بین پریودها دارد؟ و...

۵. وجود دیسمنوره

سابقه مامایی قبلی (*Past Obstetrical History*) شامل موارد ذیل می‌باشد:

- تعداد کل حاملگی‌ها (گراوید که با حرف G نشان داده می‌شود)
- تعداد حاملگی‌های بعد از ۲۰ هفته (پارا که با حرف P نشان داده می‌شود)
- تعداد فرزندانی که بیمار در حال حاضر دارد (*alive* که با Al نشان داده می‌شود)

- تعداد سقطها (*abortion* که با *ab* نشان داده می‌شود و «ابورت» خوانده می‌شود.)

دقت کنید که ختم حاملگی به هر دلیلی در زیر ۲۰ هفته سقط محسوب می‌شود؛ اما حتی ۲۰ هفته و یک روز زایمان در نظر گرفته می شود و عددی به *Ab* اضافه نمی‌شود (اگر ختم حاملگی بعد از بیست هفته منجر به تولد نوزاد زنده نشود و یا نوزاد پس از تولد از دنیا برود به عدد پارا و *death* اضافه می‌شود)

توجه کنید که در مواردی که بیمار سقط داشته باشد باید در ادامه ذکر شود که در چند هفتگی و به چه علتی بوده است.

- تعداد حاملگی‌های خارج رحمی (*EP*)
- فرزندانی که متولد شده‌اند و بعدا از دنیا رفته‌اند. *D: Death*

زمان و علت نیز باید در ادامه ذکر شود. مثلاً در یک‌سالگی به علت بیماری قلبی یا ۲ هفته بعد تولد به علت نارس بودن و...)

- مرگ جنین داخل رحم مادر (*IUFD*)
- مول که به‌صورت عامیانه به آن بچه خوره گفته می‌شود. (*Mole*)

دقت کنید که برای ذکر سابقه ی مامایی قبلی معمولاً از ترتیب *GPA lab* استفاده می‌شود و سایر موارد مثل *EP* و *D* و... در صورت وجود، در ادامه ذکر می‌شوند.

مثال: G3P1Alab2: خانمی است که سه بار حاملگی داشته و دو بار سقط (ختم حاملگی زیر ۲۰ هفته) و یک حاملگی بعد از بیست هفته داشته که منجر به تولد فرزند زنده و *alive* شده است.

دقت کنید که نحوه‌ی زایمان نیز در ادامه باید ذکر گردد:

۱. سزارین که به اختصار با *C/S* (*Cesarean Section*) نشان داده می‌شود. (علت سزارین نیز باید ذکر شود)

۲. زایمان طبیعی که به اختصار به‌صورت *NVD (Normal Vaginal*

*(Delivery)*نوشته می‌شود. (استفاده از ابزار مانند فورسپس یا وکیوم باید ذکر شود)

توجه کنید که تعداد هر مورد زایمان با گذاشتن علامت × مشخص می‌گردد.

مثال: *NVD×1* و *C/S×2* ← خانمی که یک بار زایمان طبیعی داشته و دو بار سزارین شده است.

مورد دیگری که نوشتن آن در این قسمت توصیه شده است، نوشتن **نتایج حاصل از بارداری‌های قبلی** می‌باشد. یعنی هر کدام از بارداری‌ها چند سال قبل ختم داده شده یا به پایان رسیده است؟ حاصل هر زایمان چه بوده؟ سن بارداری در زمان زایمان چند هفته بوده است(جنین ترم یا پره ترم)؟ زایمان به چه صورت ختم داده شده است؟ اگر سزارین انجام شده، علت آن چه بوده است؟ عوارض جنینی وجود داشته(محدودیت رشد داخل رحمی، آنومالی، *Stillbirth*)؟ عوارض مادری چطور(زایمان سخت، آتونی رحم، پره اکلامپسی، دیابت بارداری (*GDM*)، پارگی زودرس پرده‌های جنینی (*PROM*) و...؟

معمولاً در برگه‌های اخذ شرح حال بخش زنان و مامایی این آیتم‌ها نوشته شده‌اند و پزشک فقط آنها را علامت زده و در صورت نیاز به‌صورت مبسوط شرح می‌دهد.

نکات متفرقه در قسمت History:

- نوع کنتراسپشن (روش پیشگیری از بارداری) باید نوشته شود.
- در سابقه جراحی‌های قبلی (*PSH*) علاوه بر عمل‌های جراحی ماژور که به آنها توجه خواهید داشت، درخصوص سابقه ی انجام سرکلاژ نیز در خانم‌هایی که سابقه زایمان پره ترم یا نارسایی سرویکس دارند، سوال کنید. تعداد موارد *IVF* و پانکچر تخمدان جهت *IVF* نیز در این قسمت نوشته می‌شود. نوشتن تاریخ انجام هر پروسیجر همانگونه که پیش از این ذکر گردید، الزامی است.
- در صورتی‌که بیمار مشکل نازایی دارد یا قبلا داشته است، باید علت ناباروری (*Male / Female factor*) ذکر شود. بررسی‌های انجام گرفته همراه با تاریخ و نتیجه‌ی آنها نوشته شود. استفاده از داروها و روش‌های کمک باروری (*ART*) مثل

IVF, IUI ذکرشود.

در بارداری‌هایی که به‌دنبال روش‌های کمک باروری اتفاق افتاده است تاریخ انتقال جنین (به رحم مادر) باید نوشته شود.

سایر موارد شرح حال تقریباً مشابه با شرح حال عمومی سایر بخش‌ها می‌باشد.

شرح حال اختصاصی

بخش کودکان

قسمت ID در شرح حال بخش کودکان تفاوت جزئی با سایر بخش‌ها دارد و بهتر است به‌ترتیب زیر باشد:

(نوزاد/شیرخوار/کودک)- (دختر/پسر)- (چند روزه/ماهه/ساله)- (ترم/پره ترم چند هفته)- (حاصل چه نوع زایمانی(NVD یا C/S) از مادر چند ساله)- (والدین منسوب/غیر منسوب)- (چندمین فرزند خانواده‌ی چند نفره و در حال حاضر با چه کسی زندگی می‌کند)- (اهل و ساکن کجا)- (به‌جای شغل بهتر است نوشته شود دانش‌آموز کلاس چندم است)- (چندمین بستری بیمارستانی و چندمین بستری در این مرکزبیمارستانی).

مثال: نوزاد دختر ۳ روزه، پره ترم w ۳۴، حاصل c/s از مادر ۲۹ ساله، والدین غیرمنسوب، دومین فرزند خانواده ۴ نفره، اولین بستری بیمارستانی

منبع شرح حال در بخش کودکان غالباً والدین و به‌خصوص مادر کودک می‌باشد. در بچه‌های بزرگ‌تر ممکن است خود کودک نیز در ارائه ی شرح حال مشارکت داشته باشد.

در قسمت تاریخچه($History$)، قسمتی تحت عنوان $Birth\ History$ باید نوشته شود که در این قسمت باید وزن تولد کودک ($BBW = Birth\ Body\ Weight$)، قد، دور سر هنگام تولد و صدک هرکدام از آنها نوشته شود. کودک حاصل چه نوع زایمانی است (NVD یا C/S)، در چند هفتگی به دنیا آمده است (ترم یا پره ترم بودن) و منسوب بودن یا نبودن والدین نیز باید نوشته شود (البته قسمتی از این اطلاعات در قسمت ID نیز ذکر شده بود).

بهتر است در این قسمت در رابطه با وضعیت سلامت مادر در طی بارداری، سن او هنگام بارداری، وجود بیماری‌های زمینه‌ای و داروهایی که طی بارداری مصرف کرده نیز پرسش شود.

در شروع معاینات فیزیکی حتماً باید قد، وزن و دور سر فعلی کودک و صدک هرکدام از آنها در منحنی‌های رشد قید شود. (مثال: قد ۱۰۰ سانتی‌متر و روی صدک ۵۰٪ و...)

*با صدک‌ها و منحنی‌های رشد در بخش اطفال بیشتر آشنا خواهید شد.

سایر قسمت‌های شرح حال اطفال تقریباً مشابه با شرح حال عمومی سایر بخش‌ها بوده و تفاوت زیادی با شرح حال بزرگسالان ندارد.

شرح حال اختصاصی

بخش روانپزشکی

از تفاوت های شرح حال بخش روانپزشکی با سایر بخش ها، ذکر **وضعیت دوره‌ی سربازی بیمار** (در صورت مرد بودن) در قسمت *ID* می‌باشد؛ آیا بیمار دوره ی سربازی خود را گذرانده یا خیر؟ اگر گذرانده، طی سربازی مشکلی پیش آمده یا خیر؟ اضافه خدمت داشته یا خیر؟

علت پرسش وضعیت دوره ی سربازی این است که بازه ی سنی اعزام به سربازی یکی از حساس‌ترین و پراسترس‌ترین دوران زندگی هرفردی می‌باشد و گذراندن این دوره بدون اضافه خدمت و بدون درگیری با دیگران، می تواند یکی از معیار های ارزیابی سلامت روان فرد باشد. از طرف دیگر سرباز فراری بودن یا وجود اضافه خدمت، درگیری و... در برخی موارد می تواند نشانگر وجود یک اختلال روانی زمینه‌ای در فرد باشد. مثل: شخصیت آنتی سوشیال، اختلالات مربوط به خشم و عصبانیت و کنترل تکانه، مصرف موادمخدر و... . از طرف دیگر سن شایع بروز اکثر بیماری‌های ماژور روانپزشکی حوالی این سنین می باشد.

هنگام پرسش از شغل بیمار در قسمت *ID* ، باید علاوه بر شغل فعلی بیمار، شغل(های) قبلی نیز ذکر شوند و مدنظر داشته باشید که بیمار تا حال چند شغل عوض کرده است. افرادی که شغل‌های متعدد داشته و دائماً شغل خود را عوض می‌کنند، ممکن است به‌علت درگیری در محل کار و یا تنوع‌طلبی بالا و یا ... باشد که این ویژگی‌ها در یافتن تشخیص و احتمالاً درمان بیماری زمینه‌ای روانپزشکی فرد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

در برخی موارد تفاوت در محل تولد با محل سکونت بیمار می‌تواند به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای و استرس زا برای تشدید برخی بیماری‌ها از جمله افسردگی مطرح باشد.

در شرح حال های بخش روانپزشکی، منبع ارجاع بیمار باید ذکر شود. یعنی بیمار به همراه چه کسی مراجعه کرده است؟ به همراه خانواده، خودش به تنهایی، نیروی انتظامی و نامه قضایی و...

منبع شرح حال یا مصاحبه: کسی که به سؤالات شرح حال‌گیرنده پاسخ می‌دهد. که معمولاً خود بیمار یا خانواده‌ی او وگاهی نیروی انتظامی می‌باشد.

تعداد دفعات بستری: نشان‌دهنده مزمن بودن یا نبودن بیماری و انتظار ما از سیر بیماری و پاسخ به درمان است.

، *PPH: Past Psychiatric History* می باشد.

وضعیت ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی حتی از دوران کودکی مثل بیش فعالی (*ADHD*) و اضطراب و... تا حال حاضر باید ذکر شود. در صورت مبتلا بودن باید ذکر شود که چه زمانی مبتلا بوده و چند دوره درمان دریافت کرده وچند دوره بستری شده است.

تفاوت عمده ی شرح حال‌های بخش روانپزشکی با سایر بخش ها، وجود قسمتی تحت عنوان معاینات روانپزشکی *MSE: Mental Status Exam* می باشد که باید به‌صورت دقیق در شرح حال روانپزشکی نوشته شود.

MSE شامل موارد ذیل می‌باشد:

Behavior, Attitude, Speech, Psychomotor, Emotion (Mood & Affect), Thought, Perception, Cognition, Consciousness, Memory, Orientation, Attention, Concentration, Judgment, Insight

که با جزئیات هر کدام در بخش روانپزشکی آشنا خواهید شد.